

2019年度 中級・上級障がい者スポーツ指導員育成研修会 申込書

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男 ・ 女	西暦	年 月 日生 歳
取得資格 (該当に○)	障がい者スポーツ指導員 中級 ・ 上級		登録番号	
	現資格取得年 (西暦) 年取得			
参加区分 (該当に○)	区分① ・ 区分② (推薦書必須)			
学校名 勤務先名	学校名 (申込者が学生の場合)		勤務先名 (送付が勤務先の場合)	
送付先住所 TEL・FAX	〒 ※記載の住所は 現住所 ・ 勤務先 です。 TEL : () FAX : ()			
メールアドレス				
障がいの有無	有 ・ 無	障がい名		
車椅子使用	有 ・ 無	手話通訳	必要 ・ 不要	
指導員としての 主な活動内容	指導経験年数 () 年 . . ※例) 週1回、地域の体育館で障がいのある方を対象としてスポーツ教室を実施 (精神障害の方含む) など			
精神障がいにつ いて、研修を通 じて 学びたいこと	. . ※例) 「双極性障がいの方にトレーニングを指導しています。指導上の留意点を知りたい」 など			
備 考				

※上記の個人情報は、本研修会関係資料の送付および本事業を実施する際に利用させていただきます。

<記入上の注意>

1. 資格の取得状況を再度確認してください。不明の場合は、ご連絡ください。
2. 学生は学校名を、文書の送付を勤務先へ希望される方は勤務先を必ずご記入ください。
3. 主催者へ連絡事項等があれば備考欄に記載してください。