

令和2年度愛知県障害者スポーツ指導員養成研修会受講申込書

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				
住所	〒 _____				
電話番号	(_____) _____ - _____ ※連絡のつく番号を記載してください。				
E-mail					
勤務先又は学校名					
所在地	〒 _____ (_____) _____ - _____				
障害の有無	有 (障害名： _____) ・ 無				
車椅子使用の有無	有・無		手話通訳の要否	必要・不要	
指導できるスポーツ等の種目					
各種スポーツ団体等による資格の有無	有 (資格名称等： _____) ・ 無				
現在取り組んでいるスポーツ・レクリエーション等	種目				
	活動内容				
テキスト購入 (いずれかに○)	「障がいのある人のスポーツ指導教本(初級・中級)」(2,500円) ※お持ちでない方は必ず購入してください。 申し込み・購入済				

※必要事項を記入し、該当するものに○をつけてください。

注1：必ず郵送によりお申し込みください。郵送以外の申込は受け付けられません。

注2：応募者多数の場合は抽選となります。受講の可否については、郵送にてお知らせします。

(郵送先) 〒461-0011 名古屋市東区白壁一丁目50番地

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 福祉生きがいセンター