

受付番号：No. _____

令和5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 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	〒			
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			
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
その他配慮の必要なこと				

※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 障害者スポーツ振興センター