

令和3年度ボッチャ競技審判養成研修会受講申込書

注1：必ず郵送またはFAXによりお申し込みください。

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。

(申込先) 〒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障害者福祉・スポーツ部
 FAX052 - 212 - 5522

ふりがな	
氏名	
性別 (いずれかに○を記入)	男 ・ 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 () 歳
自宅住所	〒 tel : () -
勤務先・在籍校	名称： 住所：〒 tel : () -
障害の有無	有り 障害名 () 無し
車椅子の使用 (いずれかに○を記入)	有り ・ 無し
手話通訳の要否 (いずれかに○を記入)	必要 ・ 不要
ボッチャ経験	有り ・ 無し

※ご記入いただいた情報は、当研修会に関する運営のみ利用し、目的以外には使用しません。なお、本研修後に新型コロナウイルス発症者がいた場合は、感染拡大防止のため、愛知県の衛生部局に情報提供することがあります。