

## 令和5年度ボッチャ競技審判協力員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。

注3：幅広い方の受講機会の確保のため、過去本研修会を受講された方の再受講はお断りさせていただきますのでご了承ください。

(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 障害者スポーツ振興センター  
FAX052 - 212 - 5522

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

※ご記入いただいた情報は、当研修会に関する運営の目的以外には使用しません。