04　　受付番号：No.＿＿＿＿＿＿＿＿

令和4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	〒 （　　）　　－		
障害の有無	有・無　（障害名：　　）		
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・無　（資格名称等：　　）		
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		

※必要事項を記入し、該当するものに〇をつけてください。

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