

受付番号(事務局記載)：No. _____

令和 7 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			
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 (複数記入可)	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：手書きの際は、大きく、濃く分かりやすい字で記入してください。
注2：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3：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、別途お知らせします。

(郵送先) 〒461-0011 名古屋市東区白壁一丁目 5 0 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