愛媛県障がい者スポーツ協会　行き

**愛媛県ボッチャサポーター養成講習会申込用紙**

受講日10月4日（日）　　午前　　・　　午後

　　　　　　　　　　　　どちらか必ず〇をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな | |
|  | 男　・　女 |
| 住所 | 〒（　　　　） | |
| 連絡先 |  | |
| e-mail |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | |
| 障害名 | 有　・ 　無  障害名：　　　　　　　　　　　　車いす　　有　・　無 | |
| 所　属  普段のお仕事 |  | |
| 障がい者スポーツ  経歴または  指導経歴 |  | |
| 講習会終了後、地域でボッチャの普及活動について | 該当するところに〇を付けてください。  １　すでにやっている　　　　　２　積極的にやりたい  ３　機会があればやりたい　　　４　やりたくない | |
| 備　考 |  | |

【申込先】

**愛媛県障がい者スポーツ協会**

**郵送：〒790-0843　松山市道後町2丁目12－11**

**e-mail:syo-supo@ehime-swc.or.jp　　　　　FAX: 089-923-3717**