

## 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○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○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