

令和4年度(2022年度)中国四国ブロック障がい者スポーツ指導者研修会
【申 込 書】

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏 名				
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)			
自宅住所 連絡先	〒 住 所		TEL 携帯	FAX
勤務先	勤務先名 〒 住 所		TEL	
メールアドレス	@ (メールアドレスは正確にご記入ください)			
参加形式 (どちらかの口内に チェック※必須)	<input type="checkbox"/>	集合形式(現地受講)		
	<input type="checkbox"/>	オンライン形式(ZOOM受講)		
障がいの 有 無	有 ・ 無 ★「有り」の方、障害の種類 該当を○で囲んでください 肢体(上肢・下肢) 視覚 聴覚 内部 知的 精神 その他 ()			
資格・所属	・障がい者スポーツ指導者 初級 中級 上級 コーチ スポーツ医 スポーツトレーナー ・一般()・学生()			
指導経験の 有 無	障がいのある方に対して、スポーツ指導をしていますか？ 有 ・ 無 ※有の方は具体的に教えてください ()			
備 考				

※ 上記の個人情報に関しては、中国四国ブロック研修会に関することのみを使用します。

※ 研修会の連絡に使用するためメールアドレスは正確に記入してください。

※ オンライン形式で受講申込の方は、受講決定後、開催日までにZoomURLを送信いたします。