

障害者フライングディスク指導者(二種)養成講習会 受講申込書

※郵送物は自宅に送付します。

フリガナ 氏名			男 女	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
自 宅	〒 -				
	TEL ()		FAX ()		
	携帯 ()		メールアドレス		
勤務先			職名		
	〒 -				
	TEL ()				
	FAX ()				
障害の 有 無	☐ なし ☐ あり () 手話通訳はご自分で手配してください				
日本障害者フライングディスク連盟公認指導者資格の有無					有 無
日本パラスポーツ協会公認指導者資格の有無					
なし 初級 中級 上級 スポーツコーチ					
備 考					

個人情報保護法により、記載された氏名、住所、生年月日、年齢、勤務先、勤務先住所等は、この講習会参加資料以外に使用いたしません。

申し込みFAX：089-993-5139 メール:takashi2436g@gmail.com