

平成29年度 ステップアップ研修会（1）参加申込書

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男 ・ 女	西暦	年 月 日生 歳
取得資格 (該当に○)	指導員 (初級 ・ 中級 ・ 上級) コーチ ・ トレーナー ・ 医 その他 ()	登録番号		
学校名 勤務先名	学校名 (申込者が学生の場合)	勤務先名 (送付が勤務先の場合)		
送付先住所 TEL・FAX	〒 ※記載の住所は 現住所 ・ 勤務先 です。 TEL : () FAX : ()			
メールアドレス				
障がいの有無	有 ・ 無	障がい名		
車椅子使用	有 ・ 無	手話通訳	必要 ・ 不要	
指導者としての 主な活動内容	※例) 2016年全国障害者スポーツ大会帯同、週1回地域の体育館でスポーツ教室を実施など			
研修を通じて 学びたいこと				
備 考				

※上記の個人情報は、本研修会関係資料の送付および本事業を実施する際に利用させていただきます。

<記入上の注意>

1. 資格の取得状況を再度確認してください。不明の場合は、ご連絡ください。
2. 学生は学校名を、文書の送付を勤務先へ希望される方は勤務先を必ずご記入ください。
3. 主催者へ連絡事項等があれば備考欄に記載してください。