**参　加　申　込　書　　　　　　　　　　　個人記載用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修会名 | **平成30年度 種目別研修会（ボッチャ競技）** | | | | | | | |
| ふりがな |  | | 性  別 | 男  ・  女 | 生年月日  年　　齢 | | 西暦 １９　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　歳 | |
| 氏　　名 |  | |
| 障がい者スポーツ指導者資格 | | 上　　級　　・　　中　　級　　・　　初　　級　　・　　スポーツコーチ  スポーツ医　　・　 スポーツトレーナー　　・　 未　所　持 | | | | | | |
| 障がい者スポーツ  指導者登録番号 | | 番 | | | | | | |
| その他  所有資格 | | 医　師 　・　 看護師　 ・　 理学療法士　 ・　 作業療法士  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 連　絡　先  (資料送付先) | | （　勤務先　・　自宅　）  〒    T E L　　　　　　 （　 　 　）　　　　　　 F A X　　　　　　（ 　 　　） | | | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | |
| 携帯電話  （当日の連絡先） | |  | | | | | | |
| 勤　務　先 | | ※ 勤務先の名称については、参加者名簿に記載をいたします。 | | | | | | |
| 推薦団体名 | |  | | | | | | |
| 障がいの有無 | | 有（　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | 車椅子の使用 | | 有　　・　　無 |
| 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いたします。

＜記入上の注意＞

１．登録番号を再度確認すること。不明の場合は、申込み先へ連絡し確認をすること。

２．連絡事項等あれば備考欄に記載すること。

３．参加申込みの際は、本参加申込書と推薦書を添付し申し込むこと。