**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。