**参　加　申　込　書　　　　　　　　　　　個人記載用**

|  |  |
| --- | --- |
| 講習会名 | **2019年度 全国障害者スポーツ大会障害区分判定研修会** |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 障がいの有無 | 有　　・　　無 |
| 車いすの使用 | 有　　・　　無 |
| 連　絡　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 | 　　 |
| 参加条件 | ※開催要項９について、当てはまる条件（番号）を選択ください |
| １）　・　　２）　・　　３） |
| 推薦団体における区分判定の実績 | ＜現在の活動の詳細について詳しく記入ください＞※今後、障害区分判定業務等に関わっていく予定の方もご記入ください |
| 希望研修内容※希望する内容に○をつけてください | A | 判定が難しい事例の演習　（グループワークを通して考える） |
| B | 数多くの事例に触れ、判定の知識・経験をさらに磨きたい　（多くの事例判定実践） |
| C | 正しい判定手順を学び、障害区分判定の基礎を学びたい　（判定手順の獲得） |
| D | 行政担当者として、障害区分の基礎を学びたい |
| 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．受講申込みの際は、本参加申込書と推薦書を添付し申し込むこと。