**参　加　申　込　書　　　　　　個人記載用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修会名 | **令和４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 　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　歳(7/10時点) | | |
| 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  スポーツコーチ　・　未所持 | | | | | 障がい者スポーツ  指導者登録番号 | | 番 |
| 障がいの  有無 | 有　・　無  （　　　　　　　） | |
| 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（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 車いすの使用 | | 有　・　無 |
| 連　絡　先 | | （　勤務先　・　自宅　）  〒      TEL　　　 （　 　 　）　　　　　　 FAX　　　　（ 　 　　） | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | |
| 受講条件 | | ※「開催要項９．受講条件」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、本参加申込書に推薦書を添付し申し込むこと。