**受　講　申　込　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講習会名 | **令和2年度　中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(2)秋田　日本ｽﾎﾟｰﾂ協会指導者対象** | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 性 別 | 男 ・ 女 | 生年月日  年　　齢 | 西暦　19 　 年　　　月　　　日生  　　 　　　　　　　　　 　　歳 | |
| 氏　　名 |  | | |
| JSPO資格 | 取得資格名称 | | 種目名 | 登録番号 | | | 資格認定日 | |
|  | |  |  | | | 西暦　　　　　　 　年　　　　月　　　　日 | |
|  | |  |  | | | 西暦　　　　　　 　年　　　　月　　　　日 | |
|  | |  |  | | | 西暦　　　　　　　 年　　　　月　　　　日 | |
| 初級障がい者  スポーツ指導員資格 | | 有　　　・　　　無 | | | | 「有」の場合、登録番号　： | | |
| 現　　住　　所  （自宅）  T E L ・ F A X | | 〒  T E L　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　 F A X　　　　　　（　　　　　　）  携帯電話　　　　　(　　　　　　) | | | | | | |
| 勤務先・学校等  名　　　　　称 | |  | | | | | | |
| 勤務先・学校等  所　　在　　地  T E L ・ F A X | | 〒  T E L　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　 F A X　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | |
| 文書の送付先 | | 現住所　　　　・　　　　勤務先　　　　　※いずれかに○ | | | | | | |
| メールアドレス  日中に連絡が取れるもの | |  | | | | | | |
| 専門スポーツ種目　（自身のスポーツ歴） | |  | | | | | | |
| 活動経歴（例；○年～○年、○○ﾊﾞﾚｰﾎﾞｰﾙ部ｺｰﾁ、○年～現在、○○ｽﾎﾟｰﾂｸﾗﾌﾞで児童を対象に週2回指導 等） | | | | | | | | |
| (西暦)　　　　　　　　　 年 | |  | | | | | | |
| 年 | |  | | | | | | |
| 年 | |  | | | | | | |
| 年 | |  | | | | | | |
| 年 | |  | | | | | | |
| 本講習会の受講動機 | | | | | | | | |
| 障がいの有無  （いずれかに○） | | 有　　　・　　　無 | | 車椅子使用の有無　（いずれかに○） | | | | 有　　　・　　　無 |
| 障 が い 名 | |  | | 手話通訳の有無　　（いずれかに○） | | | | 有　　　・　　　無 |
| 講習会使用テキスト  （いずれかに○）  　※必ず準備すること | | 個人で準備する ・ 当日購入する | | 障がいのある人のスポーツ指導教本  （初級・中級） | | | | 2,500円 |
| 個人で準備する ・ 当日購入する | | 全国障害者スポーツ大会競技規則集  令和2年度版 | | | | 1,000円 |

※受講者名簿を作成します。勤務先所在地（ない場合は現住所）の市町村名までと、勤務先名を記載します。

上記の個人情報は、中級障がい者スポーツ指導員養成講習会に関する目的のみに使用いたします。