

令和元年度 埼玉県初級障がい者スポーツ指導員養成講習会（桶川市開催）受講申込書

※ 受付日・番号

フリガナ		生年月日	
氏名		T S H	
		年 月 日 ( 歳)	
住所 〒		TEL ( ) -	
勤務先名・学校名		職名 ( )	
上記所在地 〒		TEL ( ) -	
具体的職務内容			
障がいの有無	有（障がい名： ）・無 ※手話通訳希望の方は要相談	車いす使用の有無	有 ・ 無
障がいのある方とのスポーツ及びレクリエーション関係の指導歴及び活動歴 注1)			
参考となる資格（スポーツ及びレクリエーション関係）及び得意なスポーツ種目			
過去の受講申し込み回数	1. 今回初めて 2. 2回以上（申し込み年 )		
本講習会の情報入手先について該当するものに○をつけてください（複数回答可）			
1. センターHP 2. 各市町村障害福祉担当課（所） 3. 各市町村教育委員会 4. 社会福祉協議会 5. その他 ( )			

注1) 受講者決定の参考となりますので、詳しく記入してください。

※本用紙に記載されている個人情報については、本事業運営目的以外には使用いたしません。