

障害者スポーツボランティア人材バンク

平成29年度

登 録 用 紙

<input type="checkbox"/> 新規		記入日：平成 年 月 日	
登録区分	<input checked="" type="checkbox"/> スポーツボランティア	(公財)日本障がい者スポーツ協会 障害者スポーツ指導者資格 □なし □初級 □中級 □上級 □コーチ 登録番号〔 〕	
ふりがな 氏名		生年月日 性別・年齢	西暦でご記入願います。 19 年 月 日 男・女 歳
住所	〒		
	TEL	FAX	
	携帯	E-mail	
郵送物送付先	1. 自宅あて 2. 勤務先(所属)あて [下記へ記入を] 3. その他 [下記へ記入を]		
勤務(所属)先			
所在地 (2・3の送付先)	〒 TEL		
得意・希望種目 ※複数可	1. 陸上 2. 水泳 3. 卓球 4. ボッチャ 5. バレーボール 6. バスケットボール 7. その他〔 〕		
活動希望曜日	1. 土曜・日曜日(祝日) 2. 平日( 曜日) 3. いつでも(都合による)		
活動希望地域	1.〔 〕区市町村 2.〔 〕区市町村 を中心に活動したい。 3. 東京都障害者総合スポーツセンター 4. 東京都多摩障害者スポーツセンター 5. 都内どこでも 6. その他〔 〕		
資格(スポーツ)	1. 審判員資格等〔種目・所属： 〕 2. 健康運動指導士 3. 教員免許(保健体育) 4. その他〔 〕		
資格(その他)	1. 語学( ) 2. 手話(資格名 ) 3. その他〔 〕		
特技・自己PR			
活動内容 指導歴			
活動するにあたり、周囲の方からの援助が必要な方はお書き下さい			
通信欄 ※ここには何も記入しないで下さい		年 月 日 受付け者：	

登録申請において知り得た個人情報は、本協会事業運営に関する目的以外には、利用または第三者に開示及び提供することはありません。

公益社団法人 東京都障害者スポーツ協会

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸 1-1 セントラルプラザ 12 階

TEL 03-5206-5586 FAX 03-5206-5587