

## 令和5年度「医療・福祉・教育連携講座」参加申込書

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
------	--	----	-------	----	---

氏名		所属	
----	--	----	--

連絡先	〒 _____				
-----	---------	--	--	--	--

電話番号		FAX	
------	--	-----	--

メールアドレス	
---------	--

参加動機

講座で知りたいこと等(具体的に)

障害者スポーツセンターについて知っていますか？	
はい ・ いいえ	「はい」と答えた方 ⇒ どのようなきっかけで知りましたか。

障害者スポーツについてどのような活動を行っていますか？

本講座終了後のスポーツセンター見学会を希望する	する ・ しない
-------------------------	----------

その他何かありましたらご記入下さい(自由記入欄)

※FAXの場合は送信後、必ず着信での確認をしてください。  
 ※メールでのお問い合わせはご遠慮ください。  
 ※上記の個人情報は、本講座に関する目的のみに使用させていただきます。

東京都多摩障害者スポーツセンター  
 〒186-0003 東京都国立市富士見台2-1-1  
 TEL 042-573-3811 FAX 042-574-8579 E-mail tama\_ikusei@tsad.or.jp  
 担当：小峰・澤田・清水

事務 記入欄	受付日	受付者	申込方法	入力確認者	抽選
	/		持参・郵送・FAX・講座専用メール	/	