

申込日 月 日 (受付者 )

## フォローアップ講習会 申込書

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	西暦	年	月 日
		所属			
住所					
電話番号		FAX			
メール					
障害について	有 ・ 無	障害名：			
	※有りの方は右記の記載をお願いいたします	手話通訳： 必要 ・ 不要			
センター見学会	希望する ・ 希望しない				
受講動機					
普段の活動内容					
今後どのような場面で講習の内容を活用していきたいか					

問合せ	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 Mail: tama_ikusei@tsad.or.jp 講習会担当：岡林・森
-----	--