

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						
パラスポーツ指導員 資格取得	有 ・ 無 ※有りの方は右記の記載をお願いいたします		初級 ・ 中級 ・ 上級			
障害について	有 ・ 無 ※有りの方は右記の記載をお願いいたします		障害名： 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：中村・北川・岡林
-----	---