

申込日 月 日 （受付者 ） No.							
令和7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？							
その他何かありましたならご記入下さい(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。 ※メールの場合は1週間以内に申込受理の返信を致します。SCからの返信が無い場合はお問い合わせください。 ※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：岡林・小林・中村・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		/		