

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)						
<p>※FAXの場合は送信後、必ず着信での確認をしてください。</p> <p>※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。</p> <p>※メールでのお問い合わせはご遠慮ください。</p> <p>※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頂きます。</p>						
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		/	