

令和8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						
参加方法	来 館 ・ オンライン					
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いただきます。</p>						
<p>東京都多摩障害者スポーツセンター</p> <p>〒186-0003 東京都国立市富士見台2-1-1</p> <p>TEL 042-573-3811 FAX 042-574-8579 E-mail tama_ikusei@tsad.or.jp</p> <p>担当：中村・小林・岡林・清水</p>						
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	/		