

平成 29 年度(香川県)  
初級障がい者スポーツ指導員養成講習会  
＜受講申込書＞

受付 NO.  
受付日 月 日

ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日 年齢	年 月 日 生 歳
現住所	〒 ー 県 市 町 番地 TEL ( ) FAX ( )				
所属・学校等 名称  (競技団体名)	( )				
所属・学校等 所在地	〒 ー 県 市 町 番地 TEL ( ) FAX ( )				
障がいの有無	有 ・ 無				
障がい名				車椅子使用有無	有 ・ 無
備考					

- 注) ①必要事項を記入し、あてはまるものに○をつけてください。  
 ②学生の方は、学校名の欄に(学生)と明記してください。  
 ③特記事項がある場合は、備考欄に記入してください。  
 手話通訳や要約筆記など、特別な教材が必要な場合はあらかじめお知らせください。