

平成 30 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 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					
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
実技(2時間) 障がい者との交流 ★カリキュラム日程を 参考に、必ず第3希望ま でご記入ください。	第1希望	第2希望		第3希望	
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、備考欄に詳細に記入してください。