

# 障害者フライングディスク指導者養成講習会 受講申込書

【北海道 2/17.18】

※郵送物は自宅に送付します。

フリガナ 氏名		男	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生
		女	<input type="checkbox"/> 平成			才
自宅	〒 -					
	TEL ( )					
	FAX ( )					
勤務先					職名	
	〒 -					
	TEL ( )					
	FAX ( )					
障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 手話通訳はご自分で手配してください					
日本障害者フライングディスク連盟公認指導者資格の有無					有 無	
日本障害者スポーツ協会公認指導者資格の有無						
なし 初級 中級 上級 スポーツコーチ						
備考						

個人情報保護法により、記載された氏名、住所、生年月日、年齢、勤務先、勤務先住所等は、この講習会参加資料以外に使用いたしません。

申し込みFAX： - -