

平成 2 3 年度島根県障害者スポーツ指導員養成研修会受講申込書

1	ふりがな 氏 名	どちらかに (障害者 ・ 健常者) (手話 要 ・ 不要)		
2	性 別	男 ・ 女		
3	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 () 歳		
4	住 所	〒 - TEL () -		
5	勤 務 先	職名 ()		
6	勤務先住所	〒 - TEL () -		
7	過去受講状況	無 ・ 有 (昭和 ・ 平成 年度)		
8	受講申込希望 (× を記入)	前期		後期
		2 / 2 5 (土)	2 / 2 6 (日)	3 / 1 0 (土)
9	昼食申込希望 (× を記入)	前期		後期
		2 / 2 5 (土)	2 / 2 6 (日)	3 / 1 0 (土)
1 0	上記のとおり申込みします。			
	住 所	平成 年 月 日		
	団 体 名			
	代 表 者 名	印		

受講者の個人情報、研修時の受講者名簿、名札の作成、研修会に関する連絡、履修状況管理、修了証書の発行等、研修会関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。