

【別紙】

受講申込書

申込日： 年 月 日

講習会名	令和5年度 パラスポーツ指導員養成事業 (公財)日本パラスポーツ協会公認 初級パラスポーツ指導員養成講習会			
ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名			(西暦) 年 月 日生	歳
現住所	〒 メールアドレス: 携帯電話: TEL:			
勤務先・学校・ 所属機関・ 団体等名称	(ふりがな) ※学生の方は学年も明記してください。			
勤務先・学校・ 所属機関・ 団体等所在地	〒 TEL: FAX:			
受講方式	※該当する箇所を○で囲んでください。 対面受講 ・ オンライン受講 で申込みます。 ※オンライン受講の方は参加用のメールをお送りするメールアドレスをご記入ください。 メールアドレス: ・ 現住所のメールアドレスに同じ			
資料・書類の 受取方法	※決定通知などの受取方法について、希望する箇所を○で囲んでください。 郵送 ・ メール (携帯電話メール不可) ※メールを希望の方はメールアドレスをご記入ください。 メールアドレス: ・ 現住所のメールアドレスに同じ			

障がいの有無	有 ・ 無	障がいの種類 ※該当する箇所を○で囲んでください。 上肢 ・ 下肢 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 知的 ・ 精神 ・ 内部 ・ その他
補装具等	受講時に使用する補装具等をご記入ください。(例:車いす、電動車いす、両松葉杖、補聴器等)	

受講の動機	受講のきっかけや、今後どのような形で障がい者スポーツに関わっていきたいか等、ご記入ください。
参考となる 資格	現在お持ちのスポーツ関係資格がありましたら、ご記入ください。(例:○○指導員○級)
スポーツ経験	ご自身のスポーツ経験や、現在行っているスポーツ指導等の活動をご記入ください。
備考	受講に際し、特別な配慮が必要な場合にご記入ください。

※上記の情報は、講習会運営管理のために使用し、それ以外の目的では使用いたしません。

【申込期間】 令和5年5月8日(月) ～ 令和5年6月30日(金)

【申込先・問合せ先】 石川県障がい者スポーツ指導者協議会

①E-mail:i-psca@snow.ocn.ne.jp

②郵送:〒922-0052 石川県加賀市大聖寺福田町17