

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

【茨城県 2019.6.29-30】

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。