

受付番号

(記入しない)

平成 年 月 日

平成 27 年度茨城県障がい者スポーツ指導者養成講習会

受講申込書

ふりがな 氏 名		性 別	男・女	年 齢	歳
現住所 TEL・FAX	〒 TEL () — FAX () —				
勤務先 (所属)				職 名	
勤務先 所在地 TEL・FAX	〒 TEL () — FAX () —				
障害の有無	有 ・ 無	車椅子使用 の有無		有 ・ 無	
障 害 名					
手話通訳 希望の有無	有 ・ 無				
備 考	(受講理由などアピールしたいことがあれば、この欄に御記入ください。)				