

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

※郵便物は自宅に送付いたします。

フリガナ 氏名		男 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 歳
自宅	〒 —		
	TEL ()	FAX ()	
勤務先	会社名	職名	
	〒 —		
	TEL ()	FAX ()	
障害の有無	<input type="checkbox"/> あり (障害名)		
	<input type="checkbox"/> なし ※手話通訳は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の資格			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			

※学生の方は、勤務先欄に学校名をご記入ください。

※個人情報の保護法により、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致しません。

申し込み FAX : 052-991-1727