

平成30年度障がい者スポーツ特別研修会参加申込書（3月21日開催）

FAX申込可（019-637-7626）／岩手県障がい者スポーツ協会 行

団体名又は会社名		住所	〒	
申込者氏名	連絡先	電話	FAX	
		E-MAIL		

【参加者】

No.	ふりがな 氏 名	性 別	年 齢	団体名又は会社名	申込区分	申込者参加区分アンケートについて ※該当する項目に○でお困みください（複数回答可）	弁当申込 【お茶付600円】
1					* 第1部	(1) 障がい者スポーツ指導員、(2) 福祉事業所職員、(3) 教職員 (4) 各市町村体育協会関係者、(5) 各市町村スポーツ推進委員 (6) 総合型地域スポーツクラブ関係者、(7) 医療・リハビリ専門職 (8) 行政関係者、(9) その他（ ）	
					* 第2部		
2					* 第1部	(1) 障がい者スポーツ指導員、(2) 福祉事業所職員、(3) 教職員 (4) 各市町村体育協会関係者、(5) 各市町村スポーツ推進委員 (6) 総合型地域スポーツクラブ関係者、(7) 医療・リハビリ専門職 (8) 行政関係者、(9) その他（ ）	
					* 第2部		
3					* 第1部	(1) 障がい者スポーツ指導員、(2) 福祉事業所職員、(3) 教職員 (4) 各市町村体育協会関係者、(5) 各市町村スポーツ推進委員 (6) 総合型地域スポーツクラブ関係者、(7) 医療・リハビリ専門職 (8) 行政関係者、(9) その他（ ）	
					* 第2部		
4					* 第1部	(1) 障がい者スポーツ指導員、(2) 福祉事業所職員、(3) 教職員 (4) 各市町村体育協会関係者、(5) 各市町村スポーツ推進委員 (6) 総合型地域スポーツクラブ関係者、(7) 医療・リハビリ専門職 (8) 行政関係者、(9) その他（ ）	
					* 第2部		
5					* 第1部	(1) 障がい者スポーツ指導員、(2) 福祉事業所職員、(3) 教職員 (4) 各市町村体育協会関係者、(5) 各市町村スポーツ推進委員 (6) 総合型地域スポーツクラブ関係者、(7) 医療・リハビリ専門職 (8) 行政関係者、(9) その他（ ）	
					* 第2部		

※参加区分は第1部、第2部の両方に参加を希望する方は、どちらも○でお困みください。

※不足の場合はコピーをしてお使いください。

※弁当希望の方は該当欄に○をしてください。