

【三重 2025.3.15～16】

障害者フライングディスク指導者2種養成講習会 受講申込書

※郵送物は自宅に送付します。

フリガナ 氏名		男 女	大正 昭和 平成	年	月	日(生)	才
連絡先	〒 _____ TEL _____ 携帯 _____ FAX _____ E-mail: _____						
勤務先		職名					
勤務先 所在地	〒 _____ TEL () _____ FAX () _____						
障がいの 有 無	無し / 有り ()						
NPO法人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				
(公財)日本パラスポーツ協会公認パラ スポーツ指導員資格の有無							
なし	初級	中級	上級	スポーツコーチ			
備考							

※学生の方は、勤務先欄に学校名、職名欄に学年等を記入してください。

※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。

* 申込先【FAX】 059-252-2373 吉田宛

* 申込先【郵 送】〒514-1258 津市久居緑が丘町2丁目23-9

三重県障害者フライングディスク協会

*お問い合わせ先 090-9180-0270 (代表 吉田まで)