**ＦＡＸ：026‐295‐3662 /　E‐mail：shido@nsad.or.jp**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**申込日　　　　月　　　　日**

**「令和６年度特別研修」　参加申込書**

１　参加します

　　■氏名　　　　　　　　　　　　　　　男・女

２　所属（県名をご記入ください）

　　　　　　県障がい者スポーツ指導者協議会

３　連絡先

　　①住所

　　②電話番号

　　③ＦＡＸ番号

４　指導員資格（該当するものに〇で囲んでください）

　　　上級　・　中級　・　初級　・　その他（　　　　　　）

５　障がいについて（該当するものを〇で囲んでください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障がいの有無 | 通訳 | 車椅子利用 |
| 無　・　肢体視覚 ・ 聴覚知的 ・ 精神 | 不要手話要約筆記 | 無・有 |

◆連絡欄（質問・連絡事項などご記入ください）