令和５年度神奈川県ボッチャ審判員養成講習会　参加申込書

別紙２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | | 男　・　女 | 西暦　　　年　　　月　　　日  （　　　歳） |
| 所有する資格  ※１つ以上資格を所  　有していないと申  込めません。  ※所有する資格の番号  及び（　）内の該当  するものに○を  付けてください。 | | 1. パラスポーツ指導員   登 録 番 号  （初級・中級・上級・スポーツコーチ・スポーツ医・スポーツトレーナー） | | |
| 1. 神奈川県障害者スポーツサポーター   登 録 番 号 | | |
| ３．かながわパラスポーツコーディネーター  登 録 番 号 | | |
| 連　絡　先  （資料送付先） | | 〒 | | |
| メールアドレス | |  | | |
| 携帯電話  （当日の連絡先） | |  | | |
| 勤　務　先 | | ※勤務先の名称については、参加者名簿に記載します。 | | |
| 障がいの有無 | | 有　　・　　無　（有の場合障がい名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 活動実績  ※過去３年以内に参  　加したボッチャ大会やボッチャイベ  　ントの名称、実施  時期を箇条書きし  てください。 | |  | | |
| 申込動機 | |  | | |
| 備　　考 | |  | | |

※上記の個人情報は、本講習会関係資料の送付、および本講習会を実施する際に利用いたします。

※体調が優れない場合等には、受講をお断りすることがあります。　《記入上の注意》

1. 登録番号を再度確認してください。
2. 連絡事項等あれば備考欄に記載してください。