**令和4年度大阪市障がい者スポーツ指導者ステップアップ研修会申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  お名前 |  | TEL  FAX | －　　　　－  －　　　　－ |
| MAIL | 〈メールでのお申込み者や、この欄にアドレスを記載いただいた方は、メールにて受講可否をお知らせいたします。大きくはっきりとご記入ください。〉 | | |
| 住　所 | 〒　　　　－ | | |
| 勤務先  および  所在地 | 〈大阪市外在住かつ市内在勤者のみ〉 | | |
| 〒　　　　－ | | |
| 所　属 | ◯を記入してください  （ 初級 ・ 中級 ・ 上級 ）障がい者スポーツ指導員  （　　）スポーツ推進委員  （　　）支援学校教員  （　　）特別支援学級担任  （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障がいの  有無 | 障がいについてお書きください  （　　）無　　・　　（　　）有　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | |
| 受講時に  配慮が  必要なこと | 例えば、「手話通訳が必要」など | | |
| 講師への  質問事項 | （多くの質問が寄せられた場合は、回答できない場合がありますので、ご了承のうえ、ご記載ください。）  【第１部・第２部への質問】（〇をしてください） | | |

＊ご記入いただいた個人情報は、本事業における関係業務に使用し、その他の目的で使用することはありません。

＊研修中に撮影した画像は、当センターの事業記録、周知ポスターなどに使用する場合があります。