**令和3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 | 年齢  　　　 （ 　 ） | TEL  FAX | －　　　　－  －　　　　－ |
| 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  （　　）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　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | |
| 備　考 | 例えば、「手話通訳が必要」など | | |
| 講師への質問事項 | 事前に講師にお伝えします | | |

＊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。