**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　　　　　　　 （ 　 ） | TELFAX | －　　　　－ 　　－　　　　－ |
| 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。