東京オリンピック・パラリンピックアスリート強化・支援事業

東京オリンピック・パラリンピックアスリート強化・支援事業

**障害者スポーツ選手掘り起こし・CIDAA冬季陸上競技教室参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者名 | | 性別 | 所属名 | | 生年月日 |
|  | | 男・女 |  | | 年　　　 月 　 　日　　　才 |
| 参加者種別（いずれかに○印） | | | | 希望種目に○印または種目名を記入 | |
| 指導者　・　障がいのある方 | | | | 100ｍ　・　200ｍ　・　400m　・　800ｍ  1500ｍ　.　5000ｍ　・走高跳  ジャベリックスロー　・（　　　　　　　　） | |
| 昼食の申し込み（いずれかに○印） | | | |
| する　・　しない | | | |
| 自  宅  住  所 | 〒　　　－  電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　） | | | | |
| 勤  務  先  住  所 | 〒　　　－  電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　） | | | | |
| 連  絡  先 | ・当協会から連絡する場合下記のいずれですか？    自宅・勤務先・それ以外  注１いずれかに○をつけてください。  注２それ以外に○をつけた方は左欄に記入下さい。 | | | | 連絡先名  電話　　　　（　　　）  fax　　　　（　　　） |
| ※研修で勉強したいこと、日ごろのスポーツ支援での疑問、意見等があればご自由にお書き下さい。できる限り研修でお答えします。 | | | | | |

※参加費、資料代、保険料、昼食は本協会が負担するので参加者は無料です。

申込書及び同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

千葉県知的障害者陸上競技協会長　殿

　　　　私は、上記の通り申し込みます。申込にあたって、私の個人情報のうち、本行事にあたって氏名及び所属先の公表、傷害保険加入に使用するために必要な情報の使用に同意するとともに、マスコミ取材に応じることに同意します。

申込者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印