

令和2年度東京都障害者スポーツセミナー(医療・福祉関係者等対象)
受講申込書

ふりがな		生 年 月 日	大正	性 別	男 ・ 女
氏名			昭和 年 月 日生 (歳) 平成		
連絡先	〒				
	(電話)	(ファクシミリ)			
	(E-mail)				
団体名・勤務先					
取組状況 ※(ア)から(ウ)のうち 1つに○をしてください。	(ア) 現在、障害者スポーツに関する事業や支援を行っている。 [※内容を簡単に記入してください。]				
	(イ) 現在は障害者スポーツに関する事業を行っていないが、今後の実施を検討中。				
	(ウ) その他()				
その他	※受講にあたり配慮が必要なことがありましたらご記入ください。(例:手話通訳が必要、障害者手帳の有無など)				

※ 個人情報の取り扱いについて
本セミナーで知り得た個人情報は、本セミナーに係る適切な業務運営・報告等に必要と認められる目的以外には利用したり第三者に開示及び提供することはありません。

【申込方法】

本申込書に必要事項を記入の上、郵送、ファクシミリ又はメールで下記までお申込みください。
なお、ファクシミリでの申込みの場合は、必ず電話で届いていることの確認をお願いします。

【申込先】

〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ12階
公益社団法人東京都障害者スポーツ協会 「東京都障害者スポーツセミナー」担当 宛
電 話:03-6265-6001 ファクシミリ:03-6265-6077
メー ル:chiiki-spo@tsad.or.jp

【申込期限】

令和2年12月21日(月曜日)※必着