

障がい者スポーツ教室サポートスタッフ参加申込書

一般社団法人
神奈川県障がい者スポーツ協会
会長 鈴木 秀雄 様

県立スポーツセンター障がい者スポーツ教室サポートスタッフとして参加したいので、申込みます。

氏名	
年齢	_____ 歳
住所	〒 _____ 市・町
電話番号	
メールアドレス	
交通手段	電車 ・ バス ・ 自家用車 ・ 自転車 ・ 徒歩
職業・学校	
ボランティア 経験	なし・あり（活動の内容 _____）
サポート 希望教室 (希望する教室に☑)	<input type="checkbox"/> 水泳（木曜日） <input type="checkbox"/> 卓球（水曜日） <input type="checkbox"/> サウンドテーブルテニス（水曜日） <input type="checkbox"/> ボッチャ（火曜日） <input type="checkbox"/> トランポリン（木曜日）
資格 (該当する資格に☑)	<input type="checkbox"/> 日本スポーツ協会公認スポーツ指導員 <input type="checkbox"/> 初級障がい者スポーツ指導者 <input type="checkbox"/> 神奈川県障害者スポーツサポーター <input type="checkbox"/> かながわパラスポーツコーディネーター <input type="checkbox"/> 手話通訳士 その他 (_____)
活動可能日	

お預かりした個人情報、本事業以外では利用しません。