

# スペシャルオリンピックス日本・大分

## コーチクリニック参加申込書

受講者名			所属先名		
希望競技	バドミントン ・ 水泳 ※ご希望のコーチクリニック種目に○をつけてください。				
生年月日	19	年	月	日	才
	( 男 ・ 女 )				特記
	※車椅子使用等				
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○をつけた方は右欄に記入下さい。			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。					