出前講習会受講申込書

　　年　　月　　日

長野市障害者スポーツ協会　様

住　所

施設･団体名

㊞

代表者氏名

担当者氏名

電話番号

下記のとおり出前講習会を受講したいので、申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 内容 |
| 受講目的 |  |
| 受講日時 | 年　　 　月　　　 日（　　 曜日）時　　　 分　 ～　　　　　時　　　 分まで |
| 受講会場 |  | 面積 |
| 参加人数 | 障害者　名 | 介助者名 | その他名 | 合計名 |
| 競技名 |  |
| そ の 他 | 希望・要望などご記入ください |
| 備考 | 傷害保険の加入について（いずれかに○をつけてください）　傷害保険の加入　　　あり　・　なし |

※受講回数は１施設・団体、年間３回を上限とさせていただきます。
※傷害保険の加入と会場の手配は主催者側（施設・団体）でお願いします。