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（いずれかに〇をつけてください） 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。