

平成 28 年度 ボッチャクラス分け委員養成講習会申込書

受講希望 (該当に○)	第 1 回	第 2 回	第 3 回	
氏 名	ふりがな			
連絡先	〒			
	電話	FAX		
	E-mail			
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)			
保有資格 (該当に○)	無 ・ 有	医師	理学療法士	作業療法士
		その他 ()		
ボッチャに ついて (該当に○をし、関 わっている場合は 具体的に記載)	地域でボッチャに関わっている		まったく関わっていない	
	具体的な関わり			
本講習会 受講理由				
推薦者	氏名： 推薦者役職または所属：			
備 考				

個人情報、日本ボッチャ協会のボッチャ活動者管理・参加者名簿以外には利用しません

<申込先> 一般社団法人日本ボッチャ協会事務局

〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3丁目7番30号 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科

FAX 072-950-2130 E-mail: jimukyoku@japan-boccia.net

申込締切り期日は厳守願います。