

平成 30 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○)	東京会場 (東京)	東海会場 (愛知)
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 クラス分け委員会

〒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: jboa.classification@gmail.com

平成 30 年 4 月 2 日 (月) 締め切り

※申込締め切り期日は厳守願います。