**申込期限：2019年11月9日(土)**

**東京都電動車椅子サッカー協会**

**2019年度 新規審判資格取得講習会 受講申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | **性別** |  |
| **氏　　名** |  | |
| **生年月日** | (西暦) 　 　 　年　　　月　　　日 生 | | **年齢** | (歳) |
| **住　　所**  **（連絡先）** | 〒 | | | |
| (TEL) | (FAX) | | |
| **携帯** | (番号)　　　　　　　　　　　　　　　　　(メール) | | | |
| **パソコン** | (E－mail) | | | |
| **勤務先名**  **（学校名）** |  | | | |
| **資格等について** | ◆都道府県障害者スポーツ指導者協議会の方へ  （公財）日本障害者スポーツ協会認定障害者スポーツ指導員  初級・中級・上級・無（該当する資格を選択してください。）  ◆その他（日本サッカー協会公認審判資格やスポーツに関して お持ちの資格、又は 所属団体等） | | | |
| **プライバシー**  **ポリシー** | 本申込書に記載された個人情報ならびにその他の諸情報は、本講習会主催団体（東京都電動車椅子サッカー協会）と本講習会運営担当者が諸連絡と講習会開催に必要な関係団体への諸手続きのために使用するとともに、一般社団法人電動車椅子サッカー協会および東京都電動車椅子サッカー協会ならびに関係道府県電動車椅子サッカー協会が審判員資格登録手続きとその後の登録審判員の管理を目的として取得及び利用し、その他の目的には使用致しません。  また、上記諸団体とその運営担当者以外に対しては、一切公開致しません。  上記内容を理解し、承諾致します。  (記入年月日) 　 　 　年　　　月　　　日  (署　　　名) | | | |
| **志望動機** |  | | | |
| **登録希望**  **地区(都道府県)** | ◆資格取得後に審判活動を希望する地区(都道府県)名を記入してください。 | | | |

**≪申込・問合せ≫** 東京都電動車椅子サッカー協会 審判委員会 事務局

　　　　　　　　 ( 担当 ) 土屋　弦　( E-mail ) [tpfa.refcom@gmail.com](mailto:tpfa.refcom@gmail.com)

　　　　　　　　 ※お電話でのお申し込みはできません。

　　　　　　　　 　電子メールが使用できない場合には、お電話にてご相談ください。