

令和5年度「障害者スポーツフォーラム」申込票

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| ふりがな | ※保険加入に生年月日が必要なため、記載をお願いします。 | | |
| 氏名 | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | |
| 性別 | 男・女・回答しない | 年代 | ～10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代～ |
| 住所 | 都・道・府・県 | | 市・区・町・村 |
| 電話番号 | | FAX | |
| ◆参加決定通知については、電子メールにてお送りしますので、必ず記載してください。 | | | |
| E-mail | @ | | |
| ◆参加希望する内容について☑を入れてください | | | |
| A | <input type="checkbox"/> チェック | 会場参加 (シンポジウム・分科会①・②) | ※会場参加の「相談会・体験会」は「申込不要」です。 ※会場参加における分科会・相談会の時間帯については、弊協会が選定し、決定の上、ご連絡いたします。 |
| B | <input type="checkbox"/> チェック | 会場参加 (シンポジウム・分科会①のみ) | |
| C | <input type="checkbox"/> チェック | 会場参加 (シンポジウム・分科会②のみ) | |
| D | <input type="checkbox"/> チェック | 会場参加 (シンポジウムのみ) | |
| E | <input type="checkbox"/> チェック | 相談会オンライン参加 (14時40分～15時40分の時間帯) | |
| F | <input type="checkbox"/> チェック | 相談会オンライン参加 (16時00分～17時00分の時間帯) | |
| G | <input type="checkbox"/> チェック | オンライン参加 (シンポジウム・分科会①・②) | |
| ◆上記「E」・「F」を選択された方について、相談内容、希望する活動、地域等を記載してください。(申込多数の場合は抽選となりますので、予めご了承ください。) | | | |
| | | | |
| ◆参加に当たって、配慮が必要な場合はご記入ください。 | | | |
| 手話通訳 | 要 | 不要 | (その他) |
| ◆所属先 | | ◆「パラスポーツ指導員」資格をお持ちの方はご記入ください。 | |
| | | 活動登録都道府県 都・道・府・県 | |
| ◆現在の障害者スポーツの活動状況(パラスポーツ指導員、学校関係者、団体運営スタッフ、地域のボランティア等) | | | |
| | | | |
| ◆障害者スポーツフォーラム参加の理由について (自由記述) | | | |
| | | | |
| ◆その他、個人情報の取扱の確認事項について | | | |
| 【その他】 | | | |
| ・本フォーラムで収集した個人情報は、業務運営に必要と認められる目的以外には利用又は第三者に開示・提供はしません。 ・開催中の映像・写真・記事等に関する肖像権と発行物等への掲載権は、全て主催者に属し、申込決定した段階で、掲載に同意したものとみなします。 ・当日は、施設、主催者側が決めた措置、指示に従ってください。 ・参加決定通知について、別途「電子メール」等にてお送りします。 ・オンライン参加される申込者には、別途オンライン用のURLをお送りします。 ・やむを得ない事情により、定員・内容等の変更又は開催を延期・中止とする場合があります。 | | | |
| 上記内容について承諾しました。 <input type="checkbox"/> チェック | | | |
| 【申込期限】 | 令和6年1月26日(金) | | |
| 【申込先】 | 障害者スポーツフォーラム運営事務局 住 所 : 108-0022 東京都港区海岸3-5-1 T E L : 03-3554-5163 FAX : 03-3455-1710 メール : sports-forum@stage.ac ※ F A X で申込みの場合は、送信したことの確認を必ず電話でご連絡ください。 | | |