

* 受付番号 記入不要

↓ 申請日を入れてください。

平成 年 月 日

公益財団法人日本障がい者スポーツ協会
会長 鳥原光憲様公益財団法人日本障がい者スポーツ協会公認障がい者スポーツ指導員
資格取得認定校 申請書（初級・中級用）

法人名 ()

学校名 ○○○○○○大学

※請求書・領収書・認定証・HP掲載（認定校一覧）にあたり、法人名の記載が必要な場合は、法人名もご記入ください。

学校長名 ○○ ○○

公印を

※学部長名等可

忘れずに

所在地 〒666-6666

○○県○○市○○ 6-6-6

事務担当者名 ○○課 ○○ ○○

メールアドレス (○○○○○○○○@○○.ac.jp

カリキュラム担当者名 ○○課 ○○ ○○

メールアドレス (○○○○○○○○@○○.ac.jp

申請内容についての確認が生じた場合は、
事務担当の方にご連絡をいたします。

また、書類等の送付は事務担当の方となりますので、郵送物が正しく届くように、担当部署等も併せてご記入ください。

電話番号 00-1111-1111

FAX番号 00-1111-1112

申請区分 初級認定校 ・ 中級認定校 ※ 該当するものに○をつけてください。

活動実績証明用冊子必要数 _____ 冊 〈中級資格認定校のみ〉

※中級資格認定校は活動実績証明用冊子の必要冊数をご記入ください。

認定料の請求年

特に希望の日付がない場合は空欄で結構です。請求書の発送日をお入れします。

※請求書に記載する日付に希望がある場合は、ご記入ください。空欄の場合は請求書の発行日となります。

本校は、公益財団法人日本障がい者スポーツ協会公認障がい者スポーツ指導員資格取得認定校として、以下の内容を添えて申請いたします。

◆ 添付書類

- 初級校・・・初級カリキュラム一覧（様式-8）
中級校・・・初級カリキュラム一覧（様式-8）、中級カリキュラム一覧（様式-9）
- 基準カリキュラム実施が確認できる資料（シラバスなど）