

平成29年度 春日井市心理リハビリテーション事業 「 キャンプ 」 参加申込書

(トレーナー)

平成29年 月 日

ふりがな		性 別
氏 名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒 ー	
電 話 番 号	(自宅)	(携帯)
勤 務 先 ・ 所 属 学 校 名 ・ 学 年		
所 属 所 在 地	〒 ー	
所 属 電 話 番 号	()	
キ ャ ン プ 参 加 経 験	有 (回) ・ 無	
キ ャ ン プ で の 役 割	トレーナー ・ サポーター	
資 格	トレーナー ・ スーパーバイザー	
Eメールアドレス		
送 迎 希 望 (JR春日井駅)	希望する ・ 希望しない	
特記事項	※ 部分参加、日帰り参加について等連絡事項があればご記入ください。 ※ 楽器演奏、特技等があればご記入ください。(例:ギターが弾ける)	

※ ご記入いただいた個人情報につきましては、当該事業以外には使用いたしません。