

## 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会公認

### 平成29年度 中級障がい者スポーツ指導員養成講習会（道北地区）実施要綱

1. 目的 障害者スポーツの振興を図り、その健康の維持増進に寄与するために、障害者のスポーツ指導について専門的な知識と技能を身につけた指導者の養成を図ることを目的とする。※障害者スポーツは現在、アダプテッド（適応された）スポーツと呼ばれ、障害に限らず子どもから高齢者まで誰もが一緒に楽しめるものとなっております、様々な現場で活用されています。
2. 主催 北海道障がい者スポーツ指導者協議会
3. 共催 道北地区障がい者スポーツ指導者協議会
4. 協力 旭川パラスポ協議会（旭川障害者スポーツ協会、旭川医科大学スポーツ医科学研究委員会  
旭川障がい者文化スポーツ振興支援会、道北地区障がい者スポーツ指導者協議会  
カムイ大雪バリアフリーツアースセンター）
5. 後援 旭川市・旭川市教育委員会  
(予定) 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会・公益財団法人北海道障害者スポーツ振興協会  
特定非営利活動法人旭川障害者連絡協議会
6. 期間 前期 平成29年11月3日（金）9:00～5日（月）20:00  
後期 平成30年1月6日（土）9:00～8日（月）19:00
7. 場所 旭川市中小企業大学校旭川校（旭川市緑が丘東3条2丁目2-1）
8. 対象者 1) 日本障害者スポーツ協会公認の初級スポーツ指導員の有資格者で、資格認定日が平成27年11月3日以前の者で、かつ80時間以上の指導経験を有している者。  
2) 前・後期全てのカリキュラムを履修できる者
9. 定員 30名（応募多数の場合は選考による）受講決定可否は郵送により通知いたします。
10. 内容 障害者スポーツに関する講義と実技（前期・後期 全56時間）
11. 受講料 受講料 26,000円（前期の初日に受付にて支払うこと）
12. テキスト 2,500円（障害者スポーツ指導教本 初級・中級）  
1,000円（全国障害者スポーツ大会競技規則集）
13. 申込み 所定の申込書に、障害者スポーツ指導者手帳の活動実績証明の全てのコピーを添えて、  
10月13日（金）までに下記まで郵送して下さい。（FAX不可）  
〒078-8368 旭川市東旭川町旭正315番地2  
カムイ大雪バリアフリーツアースセンター内  
北海道障害者スポーツ指導者協議会道北事務局  
TEL 0166-38-8200 FAX 0166-38-8211 E-mail nhcsid@kamui-daisetsu.org

※受講決定通知時に、受講に必要な申込書や、カリキュラム等の送付いたします。

平成29年度 道北地区中級障がい者スポーツ指導員養成研修会

申 込 書

|             |           |        |                  |
|-------------|-----------|--------|------------------|
| ふりがな<br>氏 名 |           | 男・女    | 年 月 日<br>( 生 才 ) |
| 連絡先         | 〒 -       |        |                  |
|             | 電話<br>FAX | 携帯電話番号 | E-mail アドレス      |

|   |     |     |          |  |
|---|-----|-----|----------|--|
| 勤務先<br>又は<br>学校名                          | 名称  |     | 職種<br>学年 |  |
|   | 所在地 | 〒 - |          |  |
|   | 電話  | FAX |          |  |
| 勤務先・学校名を研修時に配布する受講者名簿に記載して ( 良い ・ 希望しない ) |     |     |          |  |

|       |     |      |     |       |     |
|-------|-----|------|-----|-------|-----|
| 障害の有無 | 有・無 | 障害等級 | 種 級 | 車椅子使用 | 有・無 |
| 障害名   |     |      |     |       |     |

(以下の項目は必ず記入すること)

|                           |                                 |       |
|---------------------------|---------------------------------|-------|
| スポーツ活動歴                   |                                 |       |
| 活動実績                      |                                 |       |
| 資格取得にむけ<br>た豊富            |                                 |       |
| 自己紹介                      | (研修時、受講生全員に配布する名簿に掲載します 50字以内で) |       |
| スポーツおよび<br>保健福祉に関する<br>資格 | 名 称                             | 取得年月日 |
|                           |                                 |       |
|                           |                                 |       |
|                           |                                 |       |

※お預かりする個人情報適切に管理し、承諾なく目的以外に利用する事、第三者に開示する事はありません。