

滾球運動 C 級教練認證申請表

姓	名					
身 份 證 字 號						
出 年	生 月 日	年 月 日				
服務學校或單位						
地 址						
E - m a i l						
聯 絡 電 話			手 機		傳 真	
佐 證 資 料 (附影本或掃描檔)		研習日期：				
		活動名稱：				
		比賽日期：1： 2：				
備 註	請填妥申請表連同相片電子檔 (320*480-檔名：教練姓名.jpg) 請 E-Mail 至 sophia@soct.org.tw 申請。 作業工本費用請以郵局匯票或現金郵寄本會 單位名稱：中華民國智障者體育運動協會 地 址：10363 台北市大同區昌吉街 55 號 2 樓 213 室 聯 絡 人：鍾淑妃小姐收 電話：(02) 2598-9571 傳真：(02) 2598-9491 ※請務必於 102 年 10 月 21 日 (星期一) 前寄回本會完成申請手續。 (逾時恕不受理) **本人同意所提供個人資料作為大會辦理本講習會使用**					