第36回介護予防運動スペシャリスト養成(資格認定)講習会 申 込 書

FAX (03−3373−0021)　※郵送後、着確認のため必ず電話連絡 (03−5354−5351) をください

フリガナ		性別	年齢	↓①・③それぞれについて〇で囲んでください
氏　名		男・女		① 資格取得　（希望する）・（希望しない） ② 現在の運動指導　（実施中）・（未実施） ③ 宿泊案内について（いる）・（いらない）
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日			
自宅連絡先	（〒　　−　　） 住所 TEL(　　−　　−　　) FAX(　　−　　−　　) 携帯(　　−　　−　　)※緊急連絡に必要なため、お持ちの方は必ず記載してください			
※領収証の宛名が参加者氏名と異なる場合は、ご希望の宛名をご記入ください (　　)				
※所属先名	※名札に記載のため、勤務先と異なる場合はご記入下さい。記入なしの場合、名札には勤務先名を記載します (　　)			
勤務先名				
勤務先 連絡先	（〒　　−　　） 住所 TEL(　　−　　−　　) FAX(　　−　　−　　)			
E−mail				

1．本協会が授与する資格の中で取得されている資格(マスターを含む)に〇をつけてください

ア．スポーツインストラクター　　イ．上級スポーツインストラクター
ウ．スポーツクラブマネジャー　　エ．上級スポーツクラブマネジャー
オ．子ども身体運動発達指導士　　カ．中高老年期運動指導士
キ．介護予防運動スペシャリスト　　ク．上級介護予防運動スペシャリスト
ケ．健康・スポーツサプリメントアドバイザー　　コ．上級健康・スポーツサプリメントアドバイザー
サ．高齢者体力テスト指導士　　シ．持っていない

※シに〇を付けた方は、当協会以外の資格を記載してください。
(　　)

2．維持会員の方は、下記のいずれかに〇を付け、会員名を記入してください

ア．法人　　イ．スポーツクラブ　　ウ．個人
（登録会員名　　）

3．認定校の方は学校名を記入し、該当するご身分に〇を付けてください

認定校名（　　）
ア．教職員　　イ．学生

4．健康運動指導士・健康運動実践指導者<この講習会で単位取得を希望　する　しない>いずれかに〇を付けてください

健康運動指導士(登録No.　　)・健康運動実践指導者(登録No.　　)

注１）　この個人情報は、参加者名簿及び協会からご本人への事務連絡のみに使用します。
注２）　講習会終了後は、参加者名簿として厳重に保管します。