第43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

送信先 FAX（03-3373-0021）・メール info@jsca21.or.jp

申込書は写真のメールでも受け付けます。郵送・メール後、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	↓確認事項 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　（する）　・　（しない）→受講のみ 受講のみの方　（全日）・（9日）・（10日） 動画視聴の方　（1）・（2） ②健康運動指導士等単位　（取得する）・（取得しない） ③現在の運動指導　（実施中）　・　（未実施） ④宿泊案内　（希望する）・（希望しない）
生年月日	（西暦）　　年　月　日		年齢
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		
E-mail	※メールで連絡することがあります。数字・アルファベットなどわかりやすく記載ください		
支払方法	支払方法　受講料の支払いにコンビニ・ゆうちょ銀行決済を導入しています。ご希望の支払方法をチェックしてください。なお、お支払いされた際にコンビニ、郵便局にて渡される受領書は領収書として有効です。 □コンビニ・ゆうちょ銀行決済を利用します。 □銀行振込を利用します。 □領収証を希望します。　別途領収証をご希望の場合は、チェックしてください。 宛名（　　）		
※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（　　－　　－　　）		

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．上級子ども身体運動発達指導士
キ．中高老年期運動指導士	ク．上級中高老年期運動指導士
ケ．介護予防運動スペシャリスト	コ．上級介護予防運動スペシャリスト
サ．健康・スポーツサプリメントアドバイザー	シ．上級健康・スポーツサプリメントアドバイザー
ス．高齢者体力テスト指導士	セ．持っていない

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・健康運動実践指導士⇒この講習会で単位取得を希望する場合は登録番号をお知らせください

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。