受講資格Ａ・Ｂ　本人記載

受　講　申　込　書

講習会名	平成30年度　障がい者スポーツトレーナー養成講習会			
ふりがな		男・女	西暦１９　　年　　月　　日生	
氏　　名			歳	
受講資格（該当に○）	Ａ	・公益財団法人日本スポーツ協会公認アスレティックトレーナー ※注１）資格取得を証明できる物（認定証または登録カード）の写しを添付し申込むこと ※注２）受講資格Ｂに該当する資格を有する場合は、下記の資格名に○を記入すること ◆資格取得を証明できる物（免状等）の写しを添付し申込むこと		
	Ｂ	・理学療法士　・作業療法士　・柔道整復師　・あん摩マッサージ指圧師　・灸師　・鍼師 ・その他（　　） ※注３）資格取得を証明できる物（免状等）の写しを添付し申込むこと ※注４）別紙、推薦団体作成による「推薦書」を同封し申込むこと		
推薦団体名（受講資格Ｂのみ）				
現住所（自宅）	〒 TEL　（　　）　FAX　（　　） 携帯電話　（　　）			
ﾊﾟｿｺﾝのﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				
勤務先名称				
勤務先所在地	〒 TEL　（　　）　FAX　（　　）			
ﾄﾚｰﾅｰとしての活動経歴	時期（西暦）	活動内容（国内大会、国際大会の帯同、試合、遠征等）		
	年			
	年			
	年			
	年			
受講動機 ※詳しく記載ください				
障がいの有無：　有　・　無	障がい名：		手話通訳：　必要　・　不要	
書類の郵送先、受講者名簿の記載は上記（　現住所　・　勤務先　）を選択します。（どちらかに○） ※受講者名簿には、現住所または勤務先所在地（市・区まで）、勤務先名を記載します。				

※本講習会受講に際し取得した個人情報は、本講習会関係資料の送付および本事業を実施する際に利用し、
これ以外の目的に個人情報を利用する場合は、事前に確認または同意を求めます。

注）受講資格Ｂの者は申込みの際に、別紙、推薦団体により作成された推薦書を同封し、申込みをすること。