# 第37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）<br>② 現在の運動指導　（実施中）・（未実施）<br>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 | （〒　　－　　）<br>住所<br><br>TEL（　　－　　－　　）<br>FAX（　　－　　－　　）<br>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<br>（　　） | | | | |
| ※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<br>（　　） | | | |
| 勤務先名 | | | | |
| 勤務先<br>連絡先 | （〒　　－　　）<br>住所<br><br>TEL（　　－　　－　　）<br><br>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。