**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 講習会名 | **Ｈ27年度 ステップアップ研修会（２）～名古屋会場～** |
| ふりがな氏　　名 |  | 性　　別 | 男 ・ 女 | 生年月日年　　齢 | 西暦 19　　年　　月　　日生　　歳 |
|  |
| 登 録 番 号 |  | **初級・中級・上級・スポーツ医・スポーツトレーナー****スポーツコーチ・その他（　　　　　　　　　　　　）** |
| 文書の送付先 | 現住所　　・　　勤務先 |
| 勤 務 先 名※勤務先を選択した場合 |  |
| 送付先住所T E L・F A X |   〒 T E L　　　　　（　　　）　　　　　 　　 F A X　　　　　（　　　） |
| メールアドレス |  |
| 障がいの有無 | 有　・　無 | 車椅子使用 | 有　・　無 |
| 障 が い 名 |  | 手 話 通 訳 | 必要　・　不要 |
| 指導員としての活動状況 |  |
| 受　講　動　機 |  |
| 備　　考 |  |

　※上記の個人情報は、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させて頂きます。

 ＜記入上の注意＞

１．登録番号、資格認定日を再度確認すること。不明の場合は、申込み先へ連絡し確認をすること。

２．学生の方は学校名の横に（学生）と明記すること。

３．主催者へ連絡事項等あれば備考欄に記載すること。

４．勤務先・学校等の名称については、受講者名簿に記載させていただきます。