**受講資格Ａ・Ｂ　本人記載**

**受　講　申　込　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講習会名 | **令和2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  　　　　　　　　　　　　歳 | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 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。