**障がい者スポーツトレーナー推薦選考依頼書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 西暦　　年　月　 日 生　　　　　　　　　歳 |
| 氏　　名 |  |
| 受 講 資 格(該当に○) | Ａ | ・公益財団法人日本体育協会公認アスレティックトレーナー※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 |
| Ｂ | ・理学療法士 ・作業療法士 ・柔道整復師 ・あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師 ・鍼灸師　※取得年：　　　 |
| その他資格及び取得年 |  |
| 現　住　所（自　宅） | 〒　TEL （ ） 　FAX　　　　（　　　　） |
| 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 | 　〒 |
| ﾄﾚｰﾅｰとしての活 動 経 歴※右で不足している場合は、欄を追加してください。 | 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 |  |
| 志 望 動 機及び今後行いたい活動※詳しく記載ください |  |
| 自己推薦※推薦理由を記入する際の参考にさせていただきます。詳しく記載ください。 |  |
| 障がいの有無：　有　・　無 | 障がい名： |

※本申込書に際し取得した個人情報は、推薦の選考の際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。