**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。