

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
氏名				歳
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 ・あん摩マッサージ指圧師 ・鍼灸師 ※取得年：		
その他資格及び取得年				
現住所 (自宅)	〒 TEL () FAX ()			
パソコンのメールアドレス				
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			
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、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。