

※受付年月日
※整理番号
※受講番号

特定保健指導の実施にかかる運動指導担当者研修

受講申込書

※枠内に写真をお貼りください

※欄には記入しないこと

フリガナ												
氏名												
生年月日・性別	昭和・平成	年	月	日生	満	歳	男・女					
住所	〒											
勤務先	名称			所属部署								
	所在地 〒											
最終学歴	学校名			学部・学科等名		昭和	卒業					
						平成	年	修了				
保有する資格 ○を付してください	看護師	栄養士	歯科医師	薬剤師	助産師	准看護師	理学療法士					
連絡先等	連絡先としてどちらか○を付してください			E-Mail:								
	自宅	勤務先	携帯電話:									
講習希望会場等 開催スケジュールのコード 番号参照、記入してください	コード	A	+	B	+	C(講義)	+	C(実習)	+	D	+	E

特定保健指導の実施にかかる運動担当者研修を受講したいので上記により申し込みます。
なお、私は循環器及び運動器に疾患もなく健康な状態であるので、すべての実習を受講できます。

平成 年 月 日

財団法人 健康・体力づくり事業財団

理事長 殿

氏名

印

- (注)
- この申込書は、財団法人健康・体力づくり事業財団(〒105-0021東京都港区東新橋2-6-10大東京ビル7階 TEL03-6430-9115 FAX03-6430-9215)が実施する標記研修の申込に際しコピーをしてご使用ください。
 - 申込書に次の書類を添付してください。
 - 保有する資格を証明するもの(免許状の写し)
 - 申込者の住所、氏名を記載し、80円切手を貼付した長形3号封筒(受講決定通知の送付用)
 - 特定記録郵便でお送りください。