

※受付年月日
※整理番号
※受講番号

健康運動指導士養成講習会
受講申込書

※受講カード作成のため、写真が必要です。

写真貼付欄
縦4cm×横3cm

フリガナ	ケンコウ タロウ
氏名	健康 太郎 印
生年月日・性別	昭和 平成 50 年 4 月 10 日生 男 ・女 記入日 平成 24 年 2 月 2 日
現住所	〒105-0001 東京(都道府県) 港区東新橋0-0-00 東新橋マンション201号室 TEL (03) 3591- 0000
勤務先	〒105-0001 東京(都道府県) 港区東新橋0-0-00 TEL (03) 3591- XXXX 勤務先名称 東新橋スポーツクラブ 所属部署 フロアチーフ
最終学歴 または受講資格に該当する学歴	学校名 東新橋高等学校 学部・学科名 普通科 昭和 平成 6 年 3 月 卒業 卒業見込

該当項目の□にレ点してください。

保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師
	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	
	<input type="checkbox"/> はり師	<input type="checkbox"/> きゅう師	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	<input checked="" type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 (登録番号: 90200000)	
	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 薬剤師		
	<input type="checkbox"/> ヘルスケアトレーナー	<input type="checkbox"/> スポーツプログラマー (日本体育協会認定)			
	<input type="checkbox"/> アスレティックトレーナー (日本体育協会認定)	<input type="checkbox"/> フィットネストレーナー (日本体育協会認定)			
	<input type="checkbox"/> ADE (日本フィットネス協会)	<input type="checkbox"/> AQE (日本フィットネス協会)			
	<input type="checkbox"/> ADD (日本フィットネス協会)	<input type="checkbox"/> AQS (日本フィットネス協会)			

●受講希望のコースの□にレ点をし、各カテゴリーのコード番号を記入してください。(平成24年度健康運動指導士養成講習会のご案内、P4参照)

受講希望コース ※日程の重複にご注意ください。	<input type="checkbox"/> 120単位コース	コード: A + B + C-講義 + C-実習 + D + E
	<input type="checkbox"/> 59単位コース	コード: A + C-講義 + C-実習
	<input checked="" type="checkbox"/> 32単位コース	コード: 1062 + 2042

メールアドレス (PCメール)	@	受講に必要なカリキュラム等をお送りします。 メールアドレス変更の際は、再度ご連絡をお願い致します。
-----------------	---	--

平日昼間の連絡先TEL	TEL (090) 1234 - 0000
-------------	-------------------------

昼間に連絡がとれる電話番号を必ず記入してください。

P7を参照のうえ、各カテゴリーのコード番号を記入してください。
※日程の重複にご注意ください。

受講申込書類送付先について

申込書類は、角2封筒にて下記まで「**特定記録郵便**」でお送りください。

〒105-0021
東京都港区東新橋2-6-10 大東京ビル7階
(財)健康・体力づくり事業財団 健康運動指導士養成講習会担当 宛