

※受付年月日
※受講資格
※受付番号

## 健康運動実践指導者養成講習会 受講(認定試験受験)申込書

※写真の裏に名前  
をご記入ください。

※欄には記入しないでください。

フリガナ			申し込まれる 講習会
氏名	印		第 回
生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日生 男・女	記入日	平成 年 月 日
現住所	〒 ー 都道府県 区市郡	TEL ( ) ー	
	※アパート・マンション名も必ず記入してください。		
勤務先	〒 ー 都道府県 区市郡	TEL ( ) ー	
	※ビル名も必ず記入してください。		
	勤務先名称	所属部署	

写真貼付欄  
縦4cm×横3cm

最終学歴 または受講資格 に該当する学歴	学校名	学部・学科名	昭和 平成 年 月 卒業 卒業見込
----------------------------	-----	--------	-------------------------

該当項目の□にレ点してください。該当項目以外の資格で申込される場合は、その他の資格にレ点してください。

保有資格	医療・福祉資格	<input type="checkbox"/> 医師 <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 type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級・2級
	運動資格	<input type="checkbox"/> 運動指導専門研修修了者(ヘルスケア・トレーナー) <input type="checkbox"/> スポーツプログラマー <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> フィットネストレーナー <input type="checkbox"/> 健康運動指導士(登録番号: ) <input type="checkbox"/> アスレティックトレーナー <input type="checkbox"/> 運動普及推進員
	教育資格	<input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 小学校教諭 <input type="checkbox"/> 中学校教諭 <input type="checkbox"/> 高等学校教諭 <input type="checkbox"/> その他資格( )

受講決定通知書等 送付希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (いずれかにレ点を付してください。)
-------------------	---

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知らせする場合があります。 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 ( ) ー
-----------------	-----------

### (注)次の書類を添付してください。

- 受講資格①で申し込む方は、最終学校の卒業証明書(又は卒業証書の写し(縮小複写可))。在学生は、卒業見込証明書。
- 受講資格②で申し込む方は、最終学校の卒業証明書(又は卒業証書の写し(縮小複写可))及び運動指導歴証明書。
- 受講資格③④⑤で申し込む方は、最終学校の卒業証明書(又は卒業証書の写し(縮小複写可))及びその資格を証明するものの写し(免許、認定証、登録証等)。  
※登録期間が定められている場合は登録中であることがわかるものを添付すること。

※ 申請書に記載された個人情報、当財団で厳重に管理し、講習会事業にのみ使用致します。