

(送付文不要)

新潟県健康づくり・スポーツ医学センター
(指定管理者(公財)新潟県スポーツ協会)

三留・佐々木

FAX 025-287-8807

TEL 025-287-8806

健康づくりのための室内運動指導者研修会受講申込書

平成 30 年 月 日

所属名：

所属住所：

連絡先電話番号： (担当：)

職種	氏名 <small>がな ふり</small>	運動指導者としての 現在の従事状況 (該当の一つに○を付ける)	指導年数 (左欄で「」を 記入の場合)	健康運動指導士・健康運動実践指導者の有資格者 は、あてはまる資格に□、登録番号を記入してく ださい。
		1.指導者として従事 2.補助スタッフとして従事 3.指導していない(経験有り) 4.指導したことはない		<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 [登録番号] <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 [登録番号]
		1.指導者として従事 2.補助スタッフとして従事 3.指導していない(経験有り) 4.指導したことはない		<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 [登録番号] <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 [登録番号]
		1.指導者として従事 2.補助スタッフとして従事 3.指導していない(経験有り) 4.指導したことはない		<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 [登録番号] <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 [登録番号]