

スポーツ障害予防に対する運動テストとセルフエクササイズ

参加申し込みFAX用紙 必要事項を記入し096-385-1099までご送付ください。

フリガナ				
氏名		年齢	性別	男・女
フリガナ				
勤務先・所属団体名				
住所	〒 _____			
電話番号				
単位取得関係 保有資格	○でかこんでください。 健康運動指導士 ・ 健康運動実践指導者			
※上記資格保有者 のみ	登録番号をご記入ください。 ※健康運動指導士、健康運動実践指導者資格をお持ちの方は、講習会当日、各指導士（者）証をご持参ください。			

個人情報等の取り扱いについて

※上記個人情報は当講習会の実施運営に限定して、その目的以外に使用せず第三者への提供もいたしません。

※当事業団の資料収集やホームページ等に活用させていただくため、講習会開催時に写真を撮影することがあります。ご了承ください。

以上の内容をご確認、ご了承いただきましたら、下記にご署名をお願いいたします。

年 月 日

ご署名欄 _____