

(送付文不要)

公益財団法人新潟県スポーツ協会
新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター
健康づくり 担当

FAX 025-287-8807

TEL 025-287-8806

健康づくりのための水中運動指導者研修会受講申込書

令和 6 年 月 日

所属名： _____

所属住所： _____

連絡先電話番号： _____ (担当： _____)

職 種	ふりがな 氏 名	水中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)	水中運動指導年数 (左欄で「1」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 <input checked="" type="checkbox"/> 、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〕