

(送付文不要)

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター

(指定管理者(公財)新潟県スポーツ協会)

担当：健康づくり

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

令和 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	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「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〕