

県スポーツ保健課 宛 このままお送りください。

fax:023-630-2893

申込締切：平成29年6月8日

### 平成29年度山形県総合型地域スポーツクラブマネジャー養成セミナー申込用紙

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日(西暦)	年 月 日
所属		役職	
住所	〒		
連絡先	自宅：	携帯：	
日体協公認資格 更新講習	<input type="checkbox"/> 希望する ※注意：3時間以上の講義を受ける必要があります。 資格名： _____ 資格番号： _____		
部分受講	<input type="checkbox"/> 希望する(希望する講義に丸をつけてください。講義Ⅰ・講義Ⅱ・講義Ⅲ・講義Ⅳ・講義Ⅴ) ※注意：修了証は発行しません。検定試験も受けることはできません。		

#### 1. 公益財団法人日本体育協会公認アシスタントマネジャー資格取得について

検定試験	開催日	会場
	6月19日(日)	県スポーツ会館大会議室
資格取得	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

2. 1で「希望する」を選択された方で、公益財団法人日本体育協会の公認スポーツ指導者資格、スポーツリーダーの有無(資格を保有している方は、スポーツリーダー認定番号、公認スポーツ指導者登録番号)有効期限を下記の表にご記入ください。

スポーツリーダーまたは 公認スポーツ指導者資格	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
公認スポーツ指導者資格登録番号	有効期限	年 月
スポーツリーダー認定番号		
スポーツリーダー養成講座 受講中または受講予定	<input type="checkbox"/> あり(終了予定 月)	<input type="checkbox"/> なし

※ 上記記載の個人情報は本事業の目的以外に使用する事はありません。(名簿作成等)また、資格認定手続きに必要な項目になります。必ずご記入ください。

※ 送付先：県スポーツ保健課 担当：須貝

〒990-8570 山形市松波二丁目8番1号

Tel: 023-630-2894 Fax: 023-630-2893