

上記 印の申込箇所にて をつけて下さい

フリガナ 氏名	出身校		高校・大学
	都道府県		都・道・府・県
	性別	男性	女性
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
携帯電話番号		E-mail	
勤務先			
勤務先所在地	〒		

受講・受験する日程に をつけてください。

9月		10月		11月	
20日(土)	4単位	18日(土)	4単位	22日(土)	4単位
21日(日)	4単位	19日(日)	6単位	23日(日)	2単位
		19日試験	実技	23日試験	筆記

実技試験は実技6単位を、筆記試験は全ての単位取得が必要です。

健康運動の指導実績(最も新しいものから記入)

No.	講習会名 / 関係団体	期間
1		年 月 ~ 年 月 まで
2		年 月 ~ 年 月 まで
3		年 月 ~ 年 月 まで

*昭和はS、平成はHを記入

資格等について(資格のあるものに をつけてください)

保健体育教諭免許(中学または高校)	はい	いいえ
平成17年度健康運動指導者養成講習会を受講	はい	いいえ
その他	・	
その他、運動及び健康指導に関する資格を記入してください	・	
	・	

ここに郵便振替支払い受領書を貼付してください

上記の通り、 _____ , 000円 を添えて申し込みます。

氏名

印