

運動指導従事者研修申込書（H29.2.26）

◇受講者

ふりがな			年 齢	性 別
氏 名			歳	男 女
住 所	〒 _____ - _____ ※枝番までご記入ください。			
電話番号	() -	F A X	() -	
Eメール				
領収書発行を	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する（宛名 _____ 但書 _____）			

◇単位認定を希望する項目（※該当する箇所に✓を付し、登録番号をご記入ください。）

<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：

◇勤務先

ふりがな				
名 称				
職 種				
住 所	〒 _____ - _____ ※枝番までご記入ください。			
電話番号	() -	F A X	() -	
Eメール				
上記以外に 保有する資格				
事前質問	今回のテーマに関して、講師への質問がございましたらご記入ください。			

※個人情報の取扱いについて

記載いただいた個人情報は、本研修に係る受講者への連絡、講師への受講者情報提供、受講証明書発行および受講記録保存のほか、健康運動指導士および健康運動実践指導者の単位認定のために『公益財団法人 健康・体力づくり事業財団』に申請および報告することのみ使用いたします。

※お申込み先

札幌市中央健康づくりセンター

FAX : 011-562-2130

Eメール : m-takahashi@shsf.jp