

◎ご自身の保有資格について、下記にご記入のうえ、資格認定証・資格認定カードもしくは修了証のコピーを添付してください。

公益財団法人日本体育施設協会 殿

平成 年 月 日

平成29年度公益財団法人日本体育施設協会認定 「公認体育施設運営士養成講習会・資格認定試験」受講・受験申込書【学生用】		
現住所	〒 携帯 - - TEL - -	受付番号 (協会記載欄)
帰省先	〒 TEL - -	写真貼付 (上半身)  4 cm × 3 cm 裏面に氏名記入
ふりがな		
氏名	男 女 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	
所属大学	大学名	学部名・学年
	所在地 〒 TEL (内線)	
eメール (個人用)		
体育施設管理運営に関する経験等		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
●資格認定試験合格者氏名・都道府県を本協会HPに掲載・発表する予定です。	<ul style="list-style-type: none"> <li>掲載して構わない</li> <li>掲載を希望しない (いずれか○で囲む)</li> </ul>	
●資格認定試験合格者氏名・都道府県を月刊体育施設に掲載・発表する予定です。	<ul style="list-style-type: none"> <li>掲載して構わない</li> <li>掲載を希望しない (いずれか○で囲む)</li> </ul>	

◎氏名・生年月日は資格認定証・資格認定カードに記載しますので住民票に記載されているとおりに楷書で記入してください。

◎貼付写真は合格後に交付する資格認定カードに転写しますので、規定サイズで鮮明に撮影したものを貼付してください。

◎保有資格認定証・認定カードもしくは修了証等のコピーを必ず添付してください。

◎講習会に係る事務連絡等で、本協会より申込者の連絡先もしくは所属大学へ連絡する場合があります。

※ スポーツ救急手当講習会基礎コース既修了者・スポーツ救急手当プロバイダー及びインストラクター資格保有者 (いずれも有効期限内に限る) は、8月31日の基礎コースが免除となります。

→裏面資格記載欄も忘れずにご記入ください。

