「受講希望者個人調書」の記入について

手引きを熟読し、講習会の内容・流れを十分ご理解・ご了承の上、お申込みください。

**【受講希望者個人調書記入に際しての留意事項】**

1. ワードのファイルを利用して作成する場合には、調書は予め２ページで作成されていますので、項目や項目ごとの設定を変更しないでください。記載に際し、文字の大きさを9ポイント以上としてください。記入漏れ、設定が変更されている調書は、受け付けないこともありますので、ご注意ください。

手書きの場合は、楷書でご記入ください。

1. 共通科目の受講を希望する会場の会場番号をご記入ください。なお、会場の収容能力等によりご希望に添えない場合もありますので、必ず第2希望までご記入ください。
2. 共通科目免除申請については、p.5の免除概要及び受講料をご確認ください。なお、共通科目免除を申請される方は、免除証明書類の写しを必ず添付ください。また、本会公認スポーツ指導者として既に登録されている方は、該当指導者資格の登録番号・登録有効期限を必ずご記入ください。
3. 推薦書等の別添書類は受け付けません。調書に同封されていた場合には、受け付けた時点で破棄させていただきます。
4. 調書の署名欄は、自署でご記入ください。
5. 必要事項の記入及び書類の整備ができましたら、**必ず日本郵便『レターパック510』を使用し（レターパックライトは使用不可）**、下記送付先へお送りください。なお、送付いただいた受講希望者調書等各種書類につきましては、返還いたしませんので予めご了承ください。

**【申込期間】**

**平成28年3月7 日（ 月 ）　～　3月22 日（ 火 ）**

* **当日消印有効**
* **申込期間外の消印で到着した書類（免除書類含む）は一切受付けません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平成28年度公認スポーツ栄養士養成講習会**  **受講希望者個人調書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※記入漏れがある場合や設定が変更された調書は受け付けませんので十分ご注意ください。**  **※推薦書等の別添書類は受け付けません（同封されていても破棄させていただきます）。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **フリガナ** | | | |  | | | | | | | | **性 別** | | | **生年月日** | | | | | |
| **氏 名** | | | |  | | | | | | | | 男 ・ 女 | | | 西暦  　　　　年　　　月　　　日 | | | | | 満　　　　才  （4月1日時点） |
| **連絡先** ※住所は都道府県 から記載ください | | | | 〒 　－ | | | | | | | | | | | TEL | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | FAX | | | |  | |
| 携帯番号 | | | |  | |
| **メール**（携帯以外） | | | |  | | | | | | | | | | | 携帯アドレス | | | |  | |
| **勤 務 先　　　　　部署名** | | | |  | | | | | | | | | | | 勤務先TEL | | | |  | |
| 勤務先FAX | | | |  | |
| 勤務先メール | | | |  | |
| **日中連絡のとれる**  **連絡先（携帯可）** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **共通科目受講希望会場** ※免除の有無に関わらず全員記入ください ※必ず第2希望までご記入ください | | | | | | | | **第1希望会場番号** | | | | | | | | | **第2希望会場番号** | | | |
| **会場番号** | | | 第　　　　　　　　　会場 | | | | | | 第　　　　　　　　　会場 | | | |
| **都市** | | | 東京　・　名古屋　・　大阪　・　福岡 | | | | | | 東京　・　名古屋　・　大阪　・　福岡 | | | |
| **最終学歴** | | | | | |  | | | | | | 西暦　　　　　　　年　　　　月　卒業　・　修了 | | | | | | | | |
| **日本スポーツ栄養学会**  **（いずれかに○）**  **会員は№必ず記載すること** | | | | | |  | 会員番号： | | | | | **管理栄養士免許状** | | | | | | 有　　・　　無 | | |
|  | 非会員 | | | | |
| **日本栄養士会**  **（いずれかに○）** | | | | | |  | 会員番号： | | | | | **スポーツ栄養ベーシック**  **コース講習会** | | | | | | 修了　　・　　未修了 | | |
|  | 非会員 | | | | |
| **合格者情報（**氏名・資格名・所属都道府県）の**掲載・提供について**  日体協HP並びに報道機関各社への情報掲載・提供を | | | | | | | | | | | | | | 了承する　・　了承しない | | | | | | |
| 携帯アドレスは、講習会や検定試験開催期間中などにおいて、  災害発生の際携帯電話の通話ができなくなった場合に連絡するためのものであり、通常の連絡で使用することはありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **免除申請（共通科目）** | | | | | | | | | | 申請する　　　　・　　　申請しない | | | | | | | | | | |
| **免除要件（該当するものに○）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 日体協公認スポーツ指導者（資格有効） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 資格名： | | | | | | 登録番号（7桁）： | | | | | | | 有効期限：　　　　　　年　　　　月 | | | | |
|  | 免除適応コース共通科目修了証明書 取得者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※免許申請者は、必ず免除証明書類の写しを貼付してご提出ください。貼付のない免除申請は認められません。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公認スポーツ栄養士養成講習会　過去の受講歴（いずれかに○）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **共通科目** | | | | | 講習会未受講　・　試験未受験　・　試験修了（合格）　・　未修了（不合格）　・免除 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **専門科目** | | | | | 講習会未受講　・　検定試験未受験　・　修了（合格）　・　未修了（不合格） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公認スポーツ栄養士　受講動機** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公認スポーツ栄養士資格取得後の活動予定（詳細な記載がない場合は、選考対象外となります。）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **スポーツ現場等での主だった栄養サポート活動経歴（管理栄養士資格取得後）　【詳細に記入すること】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **活動期間** | | **項目 ※1** | | | **活動対象（人数や主たる活動場所）** | | | | | | | | **主たる活動内容　※2** | | | | | | | |
| ＜例＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2010年4月～  2011年3月 | | ② | | | ○○県国体代表バドミントンチーム20人  （強化合宿会場） | | | | | | | | 〇〇県体育協会医科学スタッフ  4月　アセスメント（食事調査、身体計測）  5月　4月の結果を基に個別の栄養教育・相談を行い、  以降2カ月に1回、アセスメントを行い必要に応じて適宜個別指導を行った。 | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | **※記入の際は記載例を削除してください** | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ※1　該当する番号を記入してください（①講演・セミナー／②サポート／③個人指導／④その他） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※2　栄養サポートを実施する上での立場を記載の上、集団・個人指導などの活動内容を詳細に記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公認スポーツ栄養士養成講習会は国庫補助事業です。受講決定者は資格を取得することが前提となります。  受講有効期間内に養成講習会を受講し、検定試験を受験することに同意しますか。 | | |
| **□同意する　　□ 同意しない** | | |
| 上記のとおり相違ありません | | |
|  | **平成　　　年　　 月　 　日** | **署名（自署）** |