|  |
| --- |
| **平成２７年度 公認スポーツ栄養士養成講習会　受講希望者調書** |
| **※太枠内の事項すべてをご記入ください。記入漏れがある場合や設定が変更された調書は受付けいたしません。十分ご注意ください。** |
| **フリガナ** |  | **性 別** | **生年月日/年齢（H27年4月1日時点）** |
| **氏 名** |  | 男 ・ 女 | 西暦 19 　　　年　　　月　　　日（満 歳） |
|
| **連絡先**※住所は都道府県から記載ください |  〒 － | TEL | * -
 |
|  | FAX | ‐ ‐ |
| 携帯番号 | ‐ ‐ |
| **e-mail** |  | 携帯アドレス |  |
| **勤 務 先** | ＜勤務先名＞　 | TEL | ‐　　　　　‐ |
| 　〒 | FAX | ‐　　　　　‐ |
|   | E-mail | 　 |
| **日中連絡のとれる連絡先（携帯可）** | 　　　　　　　‐　　　　　　　　　‐ |
| **合格者情報の掲載・提供について**※氏名・資格名・所属都道府県を掲載・提供します。※詳細については、P.13をご参照ください。 | 日体協HP並びに報道機関各所への情報掲載・提供を | **了承する　・　了承しない** |
|
| **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** |
| **第　　　　　　　　　会場** | **第　　　　　　　　　会場** |
|
| **最終学歴** | **西暦　　　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業・修了** |
| **日本スポーツ栄養学会** | **会員 （番号：　　　　 　　　　　　　）** | **日本スポーツ栄養学会「スポーツ栄養ベーシックコース講習会」修了の有無** | **有　・　無** |
|  **非会員** |
|  |  |  | **※ 修了証明書のコピーを添えてご提出ください** |  |
| **日本栄養士会** | **会員 （番号：　　　　 　　　　　　　）** | **管理栄養士免許状** | **有　・　無** |
|  **非会員** | **※ 管理栄養士免許状のコピーをご提出ください** |
|  |
| **■ 共通科目免除申請** |
| 免除を希望**する　　　　・　　　しない** | **「する」に○した方は、下記事項を記入ください。** |
| **1. 日本体育協会公認資格有資格者** | 資格名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | 登録番号(　　　　　　　　　　　　　　　) | 有効期限： 　　　　　　　　年　月　日 |
| **2. 免除適応コース共通科目修了証明書取得者** |
| **3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **※免許申請者は、必ず免除証明書類の写しを添えてご提出ください。証明書類の添付がない場合は免除対象といたしません。** |
|  |
| **■ 公認スポーツ栄養士　過去の受講歴** |
| **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** |
|  |
|
|
|
|
|
|
| ※携帯アドレスについては、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。 |
|
| **■公認スポーツ栄養士資格取得後の活動予定（※詳細に記入されていない場合は、選考対象外となります。）** |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |
| **■ 管理栄養士の資格取得後のスポーツ現場等での主だった栄養サポート活動経歴についてお答えください（※詳細に記入すること）** |
| **活動期間** | **項目** | **活動対象** | **主たる活動場所** | **主たる活動内容** |
|  | ①講演・セミナー②サポート③個人指導④その他 |  |  | ＜記載内容の目安＞・栄養サポートを実施する上での立場を記載の上、集団および個人指導などの活動内容を詳細に記載してください。 |
| ＜記載例＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2010年4月～2011年3月 | ② | ○○県国体代表バドミントンチーム | 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。 |
|  |  |  |  | 　 |
|  |  | 　 | 　 | **※記入の際記載例について削除し提出ください。** |
|  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 　 |  | 　 |
|  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |

公認スポーツ栄養士養成講習会は国庫補助事業です。受講の許可を得た者は公認スポーツ栄養士資格を取得することが前提となります。養成期間を含め5年以内に講習会を受講し、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（あてはまる□にチェックしてください）　　また、上記のとおり相違ありません

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **平成　　　年　　 月　 　日** |  | **署名（自署）** |