|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和３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書式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 | | | 202１年4月1日現在  　　　　　才 |
| **連絡先** ※住所は都道府県 から記載ください | 〒 　－ | | | | TEL |  | | |
|  | | | | 携帯TEL |  | | |
| 緊急時に連絡  できるアドレス |  | | |
| **メール**（携帯以外） |  | | | |
| **勤 務 先**  **（部署名・役職）** |  | | | | 勤務先TEL |  | | |
| 勤務先メール |  | | |
| **最終学歴** | |  | | 西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　 卒業（修了） | | | | |
| **日本スポーツ栄養学会**  **入会者のみ会員№を記入** | | 会員番号： | | **日本栄養士会**  **入会者のみ会員№を記入** | | | 会員番号： | |
| **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**  日本ｽﾎﾟｰﾂ協会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 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **日本スポーツ協会認定資格免除申請（共通科目）** | | 申請する　　　　・　　　申請しない |
| * **免除申請者は、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。）** | | |
|  | | |
|
|
|
|
|
|
| **活動実績**  **スポーツ選手、運動を行う方を対象とした管理栄養士資格取得後の業務について、サポート活動およびその他の活動についてそれぞれ主要なものを3件まで（直近5年以内）詳細に記載ください。**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | | **サポート経験の有無** | □　あり　　　　　　　□　なし | |   **サポート活動(経験ありの方)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **期間** | **対象** | **対象人数** | **概 要　（対象・立場・目的・サポートについて具体的な実施内容を記入ください）** | | 年 　　ヶ月間  ２０　　年　　月～  ２０　　年　　月 |  | 名 |  | | 年 　　ヶ月間  ２０　　年　　月～  ２０　　年　　月 |  | 名 |  | | 年 　　ヶ月間  ２０　　年　　月～  ２０　　年　　月 |  | 名 |  |   **その他の活動**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **実施時期** | **対象** | **対象人数** | **内 容** | **概 要　（対象・立場・具体的な実施内容を記入ください）** | | 年 　　ヶ月間  ２０　　年　　月～  ２０　　年　　月 |  | 名 | セミナー・講演  給食業務  その他 |  | | 年 　　ヶ月間  ２０　　年　　月～  ２０　　年　　月 |  | 名 | セミナー・講演  給食業務  その他 |  | | 年 　　ヶ月間  ２０　　年　　月～  ２０　　年　　月 |  | 名 | セミナー・講演  給食業務  その他 |  | | | |
|  | | | |
| **予定インターンシップ先** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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。** | | |
|  | **西暦 　　　　　年　　　 月　　 　日** | **署名（自署）** |