|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和5年度群馬県スポーツ協会認定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 | | 2023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**  **（正式名称）** | |  | | 西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　 卒業（修了）  　西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　　卒業見込み | | | |

|  |
| --- |
| **認定スポーツ栄養士　受講動機** |
|  |
| **認定スポーツ栄養士資格取得後の活動予定** |
|  |
|
|
|
|
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **上記のとおり相違ありません。** | | | |  | **西暦 　　　　　年　　　 月　　 　日** | **署名（自署）** |   **活動実績**  **スポーツ選手、運動を行う方を対象としたサポート活動がある場合は、３件に絞り下記に記載ください。その他の活動について詳細に記載ください。※その他の活動については、件数に上限はありません。必要に応じて記入欄を追加して記載ください。**   |  | | --- | |  |   **サポート活動(経験ありの方)　※経験なしの場合は未記入で構いません。**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **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  年 月～  年 　月 |  | 名 |  | | 年　　ヶ月間  年　月～  年　月 |  | 名 |  | | 年　　ヶ月間  年 　月～  年 　月 |  | 名 |  |   **その他の活動**   |  |  | | --- | --- | | **実施内容** | **概 要　（実施日や期間・対象・対象人数・立場・具体的な実施内容を記入ください）** | |  |  | |  |  | |  |  | |
|  |
|  |