|  |
| --- |
| 令和6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 | 2024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　（具体的にご記入ください）** |
|  |
| **認定スポーツ栄養士資格取得後の活動予定　（具体的な予定がない場合でも、活動の希望で構いませんのでご記入ください）** |
|  |
|
|
|
|
|

|  |
| --- |
| **上記のとおり相違ありません。** |
|  | **西暦 　　　　　年　　　 月　　 　日** | **署名（自署）** |

**スポーツ栄養に関する活動実績****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。**

|  |
| --- |
|  |

**主なサポート活動(経験ありの方)　※経験なしの場合は未記入でも構いません。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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、スポーツ栄養にかかわる各種活動　（講習会講師、栄養指導、研究発表、卒業研究、レシピ開発・献立作成等　）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| **インターンシップに関する事前調査にご協力ください** |

・　受講が決定しましたら7月からインターンシップを開始していただきます。　インターンシップ先をご自身で確保できますか？

（　はい　自分で確保できます　・　いいえ　紹介してほしいです　・　その他→具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・　ご自身で確保できると回答された方は、インターンシップ先の情報を教えてください（競技種目　対象となる選手層　チーム名等）

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　→　開始までに監督（代表者）の承諾を得てください）

・　仕事の関係上、インターンシップ先に出向くことができない固定の曜日はありますか？

　　（　ありません　　・　　あります　→　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　・　　その他→具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・　インターンシップ先の競技団体は、現在の居住地と活動日等から適宜、決定いたします。ご希望のとおりにならない可能性があることをご了解ください。

　　（　承知しました　　・　　　承知できません　→　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）