2019.11

2019　JPAF　クラス分けセミナー　申込書

記入日　西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  |  | | |
| 生年月日、年齢、性別 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生 | | 歳  (記入日) | 女・男 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 連絡先（携帯） |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 対象  該当するものに○を付けてください | 1. パラアーチャー・指導者・審判員・その他（　　　　　　） 2. クラシファイヤー希望者   ※医師免許取得者、理学療法士免許取得者で、3年以上の経験のある方は証明できる資料の写しをPDFでお送りください。 | | | |
| ②で受講される方へ  受講理由を詳しくお書きください。 | | | | |
| アーチェリー経験 | なし　・　あり（約　　　　　　年） | | | |
| 所有している資格  該当するものに○を付けてください | ①アーチェリー審判（　　　　級）  ②障がい者スポーツ指導員（初級・中級・上級・コーチ）  ③医師　　④理学療法士　　⑤作業療法士　　⑥看護師  ⑦日本スポーツ協会公認資格（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 障害の有無 | なし　・　あり⇒車いすを（使用する・しない） | | | |

※パソコンにて記入後、メールに添付してお送りください。