2022.８

2022　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(記入日の年齢) | 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） |
| JPAFクラス分けセミナー受講経験（福岡） | あり　　・　　　　なし |
| 希望するセミナー会場 | 埼玉　　・　　熊本 |

※パソコンにて記入後、メールに添付してお送りください。