**日本障害者カヌー協会　2021年度医科学委員会**

**（トレーナー・ドクター・映像・心理・栄養）部員申し込み**

|  |  |
| --- | --- |
| 名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 生年月日 |
| 住所〒 | 電話番号(連絡の取りやすい番号) |
| mail |
| 所属先（派遣依頼の宛先と宛名） |
| 職業 |  |  |
| 所有資格(業務に関連する主な資格) |  |
|  |
|  |
|  |
| 障がい者スポーツ帯同経験 | 有　　　・　　　無 |
| 有と答えた方、そのスポーツは？ |  |
| 振込先（補助対象事業・対象者には後日返金致します。）金融機関名：　　　　　　　　　　　支店名：口座名：　　　　　　　　　　　　　口座番号： |
| 活動予定年間３～５回程度の強化合宿、１，２回程度の育成合宿　（平日含めて1回につき5日程度）年間3回の国際大会の帯同など　（10日程度） |
| ＮＦ（中央競技団体）カヌーの専属スタッフとして活動できる方に登録をお願いします。トレーナー部会部長：坂光　徹彦　事務局：上岡　央子連絡先・お問い合わせ先 : 0314hisako@gmail.com  03-6229-5440 (FAX 03-6229-5420) |

**登録用紙**