**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](mailto:0314hisako@gmail.com)  03-6229-5440 (FAX 03-6229-5420) | | | |

**登録用紙**