

初級指導者クリニック 参加申込書

氏名	ふりがな		
	(才)		
住所	〒		
TEL		携帯TEL	
E-MAIL			
所属クラブ名			
クラブ住所	〒		
受講会場	大坂会場	10月11日(日) なみはやドーム	
○をおつけください	東京会場	10月18日(日) 辰巳国際水泳場	
受講クラス	クラス1	バッジテストステージ1合格のための指導法	
○をおつけください	クラス2	全国JOCジュニアオリンピックカップの出場を目指す選手の指導法	
指導について	1 現在指導をしていますか		
	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
	2 指導をしている方は、教えている対象について○をつけてください(複数化)		
<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> マスターズ <input type="checkbox"/> その他			
3 選手を出場させたことのある大会があれば○をつけてください			
<input type="checkbox"/> 全国JOCジュニアオリンピックカップ <input type="checkbox"/> 全国JOCジュニアオリンピックカップ ブロック大会 <input type="checkbox"/> 各ブロックや加盟団体などの競技会など			