

初級指導者クリニック(開催日:平成23年6月5日) 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	
O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O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O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			