

初級指導者クリニック申込書

No, _____

ふりがな			性別
氏名			男 女
生年月日	19 年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒 TEL		
所属クラブ			
所在地	〒 TEL		

※年齢はクリニック当日の満年齢とする

履歴・シンクロ指導歴	
有資格	●シンクロ技術普及員登録更新の研修として参加される場合は、必ず登録証No,を明記
指導について	●以下に○印でお答えください・複数回答可 1. 現在指導をされていますか? : Yes No 2. 指導対象者 : 小学生 中学生 高校生 大学生 マスターズ 他 3. 選手を出場させた大会 : 加盟団体主催競技会・記録会 各ブロック大会 全国大会 (JOCジュニアオリンピック・チャレンジカップ・日本選手権)
希望内容	●指導上の疑問、クリニックで取り上げて欲しい内憂等をご記入ください