

コーチクリニック参加申込書

申込み日： 年 月 日

参加講座	<input type="checkbox"/> 5月28日（柔道競技実技）	
フリガナ	生年月日（西暦）	
氏 名	_____年 ____月 ____日（ ____才）	
住 所	〒 _____	
連絡先	電話（携帯）： _____ メール： _____	
コーチクリニック 受講歴	<input type="checkbox"/> SOコーチクリニック受講は初めて <input type="checkbox"/> コーチクリニックを受講したことがある（競技名）_____	
認定コーチ ですか？	<input type="checkbox"/> 認定コーチではない <input type="checkbox"/> 当該競技の認定コーチである <input type="checkbox"/> 他の競技の認定コーチである（競技名）_____	
プログラム 参加歴	<input type="checkbox"/> スポーツプログラムに参加した経験はない <input type="checkbox"/> 当該競技のスポーツプログラムに参加している・参加したことがある <input type="checkbox"/> 他の競技に参加している・したことがある（競技名）_____	
<input type="checkbox"/> ゼネラルオリエンテーション&アスリート理解（GO・A）のコーチクリニック受講とプログラムへの参加スポーツプログラムに参加して認定コーチ資格を取得していただけますか？ ※認定コーチ資格取得希望の方は GOA 受講をお願いいたします。		
<連絡事項等>		

※ 記載していただいた情報は今回のコーチクリニックに係るご連絡・保険付保にのみに使用します。