【申込方法】

参加申込書に必要事項をご記入の上、(介護予防運動トレーナー養成講習会にお申込みの場合は保有資格の証明書類のコピーを添えて)ファックスまたは郵送にてお送りください。 受付後、3 日以内(土日祝日を除く)にメールまたはファックス(記入がない場合はお電話)にて受講料のお振込みに関する連絡をさせていただきます。連絡がない場合は不着の可能 性力ございますので、その場合はお手数ですが事務局までご連絡ください。(定員となっている場合でもその旨ご連絡いたします。)

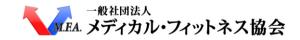
なお、受講 (開始) 6 日前までにキャンセルされた場合は、手数料 (770 円) を差し引いた金額をご返金いたしますが、6 日前までにキャンセルの連絡がない場合は受講されるものとし、その後にキャンセルをされた場合は返金いたしかねますので、予めご了承ください。

参加申込書(FAX·郵送用)

フリガナ							
氏 名	No.						
生年月日	西暦年月日(満歳)						
住 所	都 道 〒 - 府 県						
電話	- <i>ファック</i> ス						
※記入された内容に確認が必要な場合に連絡させていただく場合がございますので、電話番号は必ずご記入ください。また、受講学のお振込みに関するご連絡をいたしますので、メールアドレスまたはファックスを必ずご記入ください。両方の記載がある場合は、メール配信を優先とさせていただきます。							
メール	@						
保有資格 (単位申請)	資格名(
	□ 健康運動指導士:登録番号() □ 健康運動実践指導者:登録番号()						
	□ NSCA-CPT(年取得) □ CSCS(年取得) 会員番号()						
	□ JAFA 会員番号() 取得資格()						
勤務先 (学校)	部 署 (学 部)						
参加される イベント	□ ウォーキングトレーナー養成講習会 会場						
	□ 介護予防運動トレーナー養成講習会 会場						
	□ 通常コース □ 特例コース (1日目の受講 □ 希望する □ 希望しない)						
お支払方法	□ 銀行振込 □ クレジットカード決済(メールにて決済リンクをお送りいたします)						
会員種別	□ 一般 □ MFA 法人・学校会員 □ MFA 資格認定会員 (会員番号:) ※法人会員及び学校会員に所属されている方は、社員証(学生証)等証明書類のコピーを添えてお申込みください。						
備考							

【お申込み・お問合せ】

(一社) メディカル・フィットネス協会 事務局 〒532-0003 大阪市淀川区宮原 1-2-9



実務経験証明書

※「実務経験」で受講される場合に提出していただく書類ですので、資格をお持ちでない方のみご提出ください。 活動施設(団体)が複数ある場合は施設(団体)毎に書類を作成してください。

フリガナ				事務局使用欄			
受講者 氏 名							
生年月日	西曆	年	月	日(満	歳)		
受講者 住 所	T - 都道府県						
活動期間	年	月 日 ~		月 日(st			
	※必要な期間は還俗「2年」以上ですが、活動形態(頻度等)によってはそれ以上の期間が必要になる場合があります。 「介護福祉士:常勤(週休2日)」「スポーツインストラクター:パート(週3日程度)」など						
職種及び 活動形態	「川・設 佃 仙 工 、 市 動 (週 怀 2 口) 」 「 人 小 一 ノ イ フ 人 ト ノ ツ ブ ー ・ ハ 一 ト (週 3 口 任 反) 」 な こ						
	<u> </u> 動の時間・頻度など	主な活動内容					
例:週2日(火曜日・金曜日) 13時~17時(30分の休憩含む)		トレーニングルーム利用者に対するストレッチング・筋カトレーニング指導のほか、受付業 務全般					
備考							

上記の通り実務経験を有することを証明します。

証明書作成日 年 月 日

施設(団体)名

代表者(役職·氏名)

施設(団体)所在地

連絡先電話番号