

平成 29 年度指導者スキルアップ促進事業「スポーツ医・科学合同研修会」
兼 ジュニアアスリート発掘育成事業「スポーツ指導者資質向上研修会」
《参加申込書》

ふりがな 氏名	
住所	〒 - TEL - -
所属 (競技団体・市町等)	
競技名	
保有資格	

参加日 [] に○をつけてください

	2/19 (月) 19:00~ 20:30	2/26 (月) 19:00~ 20:30	3/10 (土) 13:30~ 15:10~ 15:00 16:40		3/11 (日) 13:30~ 15:10~ 15:00 16:40		3/17 (土) 13:30~ 15:10~ 15:00 16:40		3/19 (月) 19:00~ 20:30
東部		(1) []			(2) []	(3) []			
中部	(1) []						(2) []	(3) []	
西部			(2) []	(3) []					(1) []

内容：(1)コミュニケーションスキルについて
(2)成長期における適切な食事の摂り方について
(3)ドーピングの基礎知識と市販の薬品・栄養剤の使用について

義務研修 希望有無		【公認スポーツ指導者番号 [*] 】
備考		

※義務研修を希望される場合は指導者番号を記載してください

<FAX 送付先> (公財) 静岡県体育協会 宛 054-262-3019