様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村・クラブ名 |  |
| 代 表 者 |  |
| 記 入 者  （電話／ＦＡＸ） | （　　　　 　　 　　　　　 　　） |
| e-mail |  |

　　　　　（公財）愛知県スポーツ協会　理事長　殿

　　　　　ＦＡＸ　０５２－２６４－０９０９

　　令和５年度愛知県アシスタントマネジャー養成講習会参加申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望日  （○で囲む） | 公認アシスタントマネジャー資格の取得を希望する。 | いずれかの日本スポーツ協会公認資格を有している。 | ふりがな  受講者氏名  生年月日 | 所属・役職  （例：○○クラブ・理事） | 連　　絡　　先 |
| 7月22日（土）  7月30日（日） | 有 ・ 無 | 有・無 | S・H　　年　　月　　日 |  | 〒　　　－  住所  TEL（　　　－　　　－　　　）携帯（　　　－　　　－　　　）  E－mail： |
| 資格名 |
| 7月22日（土）  7月30日（日） | 有 ・ 無 | 有・無 | S・H　　年　　月　　日 |  | 〒　　　－  住所  TEL（　　　－　　　－　　　）携帯（　　　－　　　－　　　）  E－mail： |
| 資格名 |
| 7月22日（土）  7月30日（日） | 有 ・ 無 | 有・無 | S・H　　年　　月　　日 |  | 〒　　　－  住所  TEL（　　　－　　　－　　　）携帯（　　　－　　　－　　　）  E－mail： |
| 資格名 |
| 7月22日（土）  7月30日（日） | 有 ・ 無 | 有・無 | S・H　　年　　月　　日 |  | 〒　　　－  住所  TEL（　　　－　　　－　　　）携帯（　　　－　　　－　　　）  E－mail： |
| 資格名 |

　　※参加申込書の個人情報は、このセミナーの事務にのみ使用します。ただし、氏名と所属名は当日参加者名簿に記載して参加者に配布します。