

一般社団法人キャンサーフィットネス  
認定インストラクターコース受講申込書

記入日：令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 性別 男・女  
生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
現住所： 〒 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号：

e-mail：

職業：

・がん種、がん歴、現在治療中の方は治療名についてご記入下さい。

・運動資格、医療福祉資格・教育資格がございましたら資格名をご記入下さい。

・現在、がんに関わる患者会などで、支援活動などを行なっている方は、団体名とその場所、また所属がございましたらご記入ください。

団体名： \_\_\_\_\_ お立場： \_\_\_\_\_  
場所： \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 区・市  
どの様なご活動ですか？

・その他、受講にあたり、後遺症や副作用で心配なこと、その他、不安なことなど、どんなことでも、何かございましたら、ご記入ください。

※ 申請書に記載された個人情報は、当団体で 厳重に管理し、講習会事業にのみ使用致します。