

一般社団法人がんサーフィットネス
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。