

別紙

平成24年 月 日

岩手県保健福祉部健康国保課総括課長 様

所属 _____
住所 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____
担当者氏名 _____

平成24年度健康づくりのための運動指導者講習会受講申し込みについて
標記講習会について、次のとおり受講を申し込みます。

No.	職名	氏名	性別	資格区分 (該当資格に○をし、その資格登録番号を右欄に記載してください)		登録番号※1.2
				健康運動指導士		
1			男・女	健康運動指導士		
				健康運動実践指導者		
2			男・女	健康運動指導士		
				健康運動実践指導者		
3			男・女	健康運動指導士		
				健康運動実践指導者		
4			男・女	健康運動指導士		
				健康運動実践指導者		
5			男・女	健康運動指導士		
				健康運動実践指導者		

※1 登録番号は必ず記載してください(受講証明書の発行時に必要になります)。

※2 両方の資格を有する方は、それぞれの登録番号を必ず記載してください。

※3 FAXで申し込む場合、019-629-5474へ送信願います(添書不要、改めでの郵送不要)。