

# 令和5年度学校空手道実技指導者講習会 参 加 申 込 書

【参加希望会場】どちらかに○をお付けください。

東京会場	熊本会場
------	------

【参加者】必要項目を記入または該当項目に○印をお付けください。 ※記入漏れのないようにすべて記入してください。

フリガナ 氏 名	空手道 経験	公認段位 会派段位	年齢	性別	本連盟主催の講 習会参加回数	学校名 (所 属)	連絡先			※メールでの諸連絡やアンケートを実施するため、個人または勤務 先どちらかのE-mailアドレスを必ず記入すること	
	有	段	歳	男	初めて  2回目  3回以上		自宅		TEL	( )	
								E-mail			
	無	段		女			勤務先		TEL	( )	
								E-mail			
参 加 区 分  (該当の数字に○をお付け下さい。)	1 保健体育 教員 (中学校)、 2 保健体育 教員 (高等学校)、 3 保健体育 教員 (特別支援学校)										
	4 保健体育科以外の教員 ( 中学 ・ 高校 ・ 特支 )、 5 教員 (小学校)、 6 授業協力者 (外部)										
	7 教育委員会 職員、 8 大学生・大学院生、 9 その他 ( )										

## \* 空手道実施状況の確認 \*

参加者ご自身の状況について、 右の項目にご回答ください。	授業で教えて ( いる ・ <u>いない</u> )      ⇒ <u>いない</u> と回答の方： 教える予定が ( <u>ある</u> ・ ない )      ➡ ある と回答の方    :    (            年            月 )
	部活動で教えて ( いる ・ <u>いない</u> )      ⇒ <u>いない</u> と回答の方： 教える予定が ( <u>ある</u> ・ ない )      ➡ ある と回答の方    :    (            年            月 )

本講習会における公認初段位審査受審希望の有無 (どちらかに○をお付け下さい。)	希望します    ・    希望しません	※公認段位審査受審については教員に限る (教科は問わない) ※公認初段位以上をすでに保有している方は対象となりません
--	----------------------	---

\*以下、全空連会員の方のみご記入ください。

全空連会員番号		会員有効期限	20      年                      月                      日	会員マイページ登録 どちらかに○印をお付けください	登録済    ・    未登録
---------	--	--------	---	------------------------------	-----------------

※ 申込書が不足する場合は、コピーでご対応願います。

※ 本申込書またアンケート (後日) については、講習内容の向上ならびに学校空手道の推進等に活用させていただきます。

◎ 本書面にて取得した個人情報は、本事業及び公益財団法人全日本空手道連盟主催行事に関すること以外には利用いたしません。

また、本書面を提出いただいたことにより、本事業関係者 (団体) への提供等の目的に利用されることをご本人が同意したものととして、取扱いさせていただきます。

申込み先：公益財団法人 全日本空手道連盟