

THCAJ認定ダンスヘルスケアトレーナー登録更新申請書

(申請日： 年 月 日)

NPO法人芸術家のくすり箱 理事長宛

登録の有効期限が到来のため、活動報告書 () 件分を添えて登録の更新を申請します。

なお、登録料は別途納付します。

※登録を変更・更新する箇所は赤字にて記載してください。

ふりがな	
氏名 (性別)	(男性・女性)
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日(才)
住所1	〒 -
住所2 登録住所が法人や治療等の場合、治療院名・所属など	
連絡先電話番号	(勤務先・個人) - - ※連絡可能な時間帯 (: ~ :)
mailアドレス	添付ファイル可能なアドレス
保有資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> アスレチックトレーナー (<input type="checkbox"/> JSPO <input type="checkbox"/> NSCA <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> インストラクター・ボディーコンディショニング指導者 (種類・資格名 _____) <input type="checkbox"/> 各種救命救急資格 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (自由記入)
所属・勤務先	
現在、主に行っている治療、施術、トレーニング	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 鍼 <input type="checkbox"/> 灸 <input type="checkbox"/> テーピング <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> トレーニング指導 <input type="checkbox"/> 徒手療法 <input type="checkbox"/> 物療 (<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 低周波 <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
英会話	まったくできない 挨拶程度 日常会話 医療用語も少々 医療用語もOK 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
芸術家のくすり箱からのサポート活動への参加要請の希望	希望する ・ 希望しない ・ わからない (理由: _____)

上記で「希望する」と回答された方のみ、以降の項目にご記入ください (希望者全員に参加要請を保証するものではありません)。

参加可能な日程のイメージ (1か月ほど、関わりと想定して可能性レベルで結構ですのご記入ください。1回の稽古場帯同は2-3時間程度です)	・週__日(回)程度まで対応可能 ・スケジュールは、____日前まで、または前月____日までの依頼で調整が可能 ・対応しやすい曜日 (月・火・水・木・金・土・日) ←特に違いがなければすべてに○をつけてください。 ・対応できない曜日 (月・火・水・木・金・土・日) ・対応できない時間帯 (平日日中、平日夜間 (18:00-21:00)、日・祝日中、日祝夜間 (18:00-21:00)) ・出張は (不可・可) (登録のご住所を拠点として) ・単発の参加のみ可能な方は、[]内に○を記入
--	--

事務局記入欄	受付 () / 登録証発行 () / DB ()
--------	-----------------------------