平成25年度公益財団法人日本体育協会公認アスレティックトレーナー養成講習会
受講希望者経歴書

ふりがな		性　別	生年月日（年齢）
氏　名		男 ・ 女	年　月　日（　歳） ※西暦で記入
現住所	〒 自宅TEL　（　）　携帯TEL		
勤務先及び住所	＜勤務先名＞ 〒 TEL　（　）		
卒業校			
受講の動機 ※詳細に記入されていない場合は、選考対象外となります。			

	以前の受講番号/推薦団体	前回の受講状況
過去の受講歴	受講番号 推薦団体	共通科目：講習会未受講 ・ 試験未修了 ・ 試験修了 ・ 免除 専門科目： （　）期まで受講 ・ 講習会全期修了 ・ 理論試験未修了 理論試験合格（合格証No.　） ・ 実技試験2回不合格

※以前受講歴がある方は、共通科目、専門科目の受講状況に該当する箇所に○印を記入してください。

■ これまでのトレーナー活動についてお答え下さい（※現在の活動を含む）

	活動期間	活動の対象	主たる活動場所	主たる活動内容
トレーナー活動経歴 ※詳細に記入すること ※現在の活動がない場合は選考対象外となります	＜記入例＞ 平成元年～現在	ラグビー日本代表	強化合宿に同行	合宿及び競技会時に同行し、テーピングやアスレティックリハビリテーションを担当
	＜記入例＞ 平成13年11月	○○県選抜バスケットボールチーム	韓国	トレーナーとして同行

推薦団体名	推薦順位　位

都道府県体育協会、中央競技団体、日本障害者スポーツ協会、プロスポーツ団体のいずれかをご記入ください。

	研修会名	期　日	場　所	主な研修内容
スポーツ医・科学、トレーナー等に関する研修会・研究会・学会・勉強会等参加実績 ※未記入の場合および詳細に記入されていない場合は選考対象外となります。				

■ 現在のトレーナー活動について具体的にお答え下さい

Q1：あなたの現在のトレーナー活動は下記のうちどれにあてはまりますか。該当する番号に△印をつけてください（複数回答可）。なお、特に中心として行っているものにはその番号に○印をつけてください。

1. 外傷・障害の予防　2. 救急処置　3. アスレティックリハビリテーション
4. コンディショニング指導　5. トレーニング指導　6. テーピング　7. 健康管理
8. 鍼灸　9. 物理療法　10. マッサージ
11. その他具体的に（　）

※8、9、10は該当の医療資格をお持ちの方で当てはまる場合に○印をつけるようにしてください。

Q2：上記で回答のあったトレーナー活動の具体的な内容についてご記入ください。

Q3：現在、あなたがトレーナーとして中心的に携わっている競技（種目）についてご記入ください。
（複数競技可。『球技系』、『格闘技系』等でも可）

■下記事項で該当する箇所がありましたら、ご記入ください。

※理学療法士、鍼師、灸師、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師、NATA-ATC、CATC、保健体育教員免許、日赤救急法救急員他

	資　格　名	認定番号	認定団体
トレーナーに関連する保有資格			

	JOCからの委嘱期間	医学スタッフ役職名
JOC医学スタッフ歴	年　月 ～ 年　月	