

申し込み

別紙申込書に必要事項を記入してFAXもしくは申込書をPDFでMailに添付してお申し込みください。

申し込み締め切り

◆バスケットボール : 7月13日(水)

◆卓球、GOA : 8月3日(水)

SON・愛知事務局 (FAX) 052-882-5160 (Mail) soaichi@sage.ocn.ne.jp

◆該当項目の□に、レ印チェックを記入してください。

参加講座	<input type="checkbox"/> 7月23日(バスケットボール競技実技) <input type="checkbox"/> 8月20日(ゼネラルオリエンテーション・アスリート理解) <input type="checkbox"/> 8月20日(卓球競技実技)	
フリガナ		生年月日(西暦)
氏名		____年 ____月 ____日 (____才)
住所	〒 _____	
連絡先	電話(携帯): _____ メール: _____	
コーチクリニック受講歴	<input type="checkbox"/> SOコーチクリニック受講は初めて <input type="checkbox"/> コーチクリニックを受講したことがある (競技名) _____	
認定コーチですか?	<input type="checkbox"/> 認定コーチではない <input type="checkbox"/> 当該競技の認定コーチである <input type="checkbox"/> 他の競技の認定コーチである (競技名) _____	
プログラム参加歴	<input type="checkbox"/> スポーツプログラムに参加した経験はない <input type="checkbox"/> 当該競技のスポーツプログラムに参加している・参加したことがある <input type="checkbox"/> 他の競技に参加している・したことがある (競技名) _____	
<input type="checkbox"/> ゼネラルオリエンテーション&アスリート理解(GO・A)のコーチクリニック受講とプログラムへの参加スポーツプログラムに参加して認定コーチ資格を取得していただけますか? ※認定コーチ資格取得希望の方はGOA受講をお願いいたします。		
<連絡事項等>		

※ 記載していただいた情報は今回のコーチクリニックに係るご連絡・保険付保にのみ使用します。