**様式－12**

　**＊受付番号**

スポーツ医（新規用）

令和　　　年　　　月　　　日

公益財団法人日本パラスポーツ協会

会　長　 森　　和　 之　 　様

**公益財団法人日本パラスポーツ協会公認パラスポーツ医**

**資　格　認　定　申　請　書　（新　規）**

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 自　　宅　〒 |
| 　 |
| 電話番号 |

私は、公益財団法人日本パラスポーツ協会公認パラスポーツ医資格を認定していただきたく、

指導者登録シート（様式－2）と認定料を添えて申請いたします。

証　　　明　　　欄

|  |  |
| --- | --- |
| 養成講習会修了証明 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日令和　　　　年度　公認パラスポーツ医養成講習会の修了を証明いたします。公益財団法人日本パラスポーツ協会　　印 |

※　本書に記載された内容については、公益財団法人日本パラスポーツ協会個人情報保護取扱規程に

基づき管理し、ご本人へのパラスポーツの情報提供にのみ使用いたします。