**様式－13**

　**＊受付番号**

スポーツ医（更新用）

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　（更　新）**

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

　　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の更新を希望するにあたり、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。

　　※更新条件の証明については、下欄の①または②のいずれかに証明内容を記入し、必要に応じて証明書類を添付してください。

更　　新　　条　　件　　証　　明　　欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 指定講習会・研修会受 講 証 明 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日公認パラスポーツ医資格更新指定講習会・研修会を受講いたしました。別紙にて、受講証明書のコピーを提出いたします。 |
| ② | その他更新条件となる活動内容を記載（別途資料添付も可） |  |

※　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。