

第 10 回全国少林寺拳法指導者研修会 参加申込書

令和 年 月 日

① 少林寺拳法未経験者の方（学校教員など）		② 推進委員（代理含む）・外部指導者の方	
受講者 氏名	(フリガナ)	受講者 氏名	(フリガナ)
			拳士コード
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)
性 別	男性 ・ 女性	性 別	男性 ・ 女性
学校名		所属名	
		(道場名)	
		資格・段位	
学校 又は 所属 連絡先	(住所) 〒 (電話番号) (FAX)		
受講者 連絡先	(住所) 〒 (電話番号) (E-mail)		
健康状態		既往症	
その他特記事項			

※以下、学校教員の方のみご記入ください。

学校種	小学校・中学校・高等学校・その他	担当教科	
中学高校保健体育授業指導者資格発行の希望 ※注 どちらかに○をお付けください 希望する ・ 希望しない			
「教員派遣依頼状」発行の希望（日本武道館にて発行） どちらかに○をお付けください 希望する ・ 希望しない 所属長役職・氏名			
所属学校（団体）からの往復旅費の補助について どちらかに○をお付けください あり ・ なし			
学校での授業実施についてお答えください	保健体育の授業において少林寺拳法を <input type="checkbox"/> 実施している（または実施が決定している） <input type="checkbox"/> 実施予定 <input type="checkbox"/> 実施を検討している <input type="checkbox"/> 実施の予定はない		

※注 中学高校保健体育授業指導者資格とは

一般財団法人少林寺拳法連盟として、当法人の会員ではない少林寺拳法授業指導者が年間10時間程度の授業を実施できる資質能力を習得したと認定し、希望者に「少林寺拳法体育授業指導者資格」を発行している。本講習会はその修得条件の認定対象となります。

【送信先】 FAX : 0 8 7 7 - 5 6 - 6 0 2 2

E-mail : shinko-fukyu@shorinjikempo.or.jp