**公　募　申　請　書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公募内容 | ⅰ．メディカル　　　　　ⅱ．テクニカル （公募案内の［４］公募内容を参照） | | | | |
| ふりがな |  | | | 男・女 | 西暦　　　　　年　 　月　　 日 生  　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 氏　　名 |  | | |
| JTU登録番号 | |  | | | |
| 所持資格  （医療資格含む） | | 取得時期 | 名称 | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 現　　住　　所 | | 〒  　TEL　　　　 （　　　）　　　　　 FAX　　　　 （　　　） | | | |
| E-mailアドレス | | （書類を返送する場合は、本E-mailアドレスへ送付いたします。） | | | |
| 勤　　務　　先  名　　　　　称 | |  | | | |
| 公募内容に関連  した活動経歴や、  （パラ）トライアスロンの競技成績など | | 時　期 | 活 動 内 容（競技実績、指導履歴、活動実績等） | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 公募動機 | |  | | | |
| 加盟団体名  （推薦団体名） | |  | | | |
| 加盟団体での  役割（役職） | |  | | | |
| 推薦団体名  団体代表者名 | |  | | | |
| 推薦団体連絡先 | | E-mailアドレス：  TEL：　　　（　　 　）　　　　　　FAX：　　　（　　 　） | | | |

※本公募申請に際し取得した個人情報は、本公募申請関係資料の送付および本事業を実施する際に利用し、これ以外の目的に個人情報を利用する場合は、事前に確認または同意を求めます。