

令和6年度全国なぎなた指導者研修会申込書

令和6年 月 日

該当するカテゴリーに☑及び（ ）内は○をつけてください

- | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 中学校保健体育科教員 | <input type="checkbox"/> 全日本なぎなた連盟推薦の授業協力者 | |
| <input type="checkbox"/> 地域指導者 | <input type="checkbox"/> 小・中・高・大部活動指導者（教員・一般） | <input type="checkbox"/> 大学生 |

【推薦者】

団体・学校名	役職名	氏名
住所 〒	TEL	

※推薦者については、所属長または学校長を明記し、承諾を得た上でご参加ください。

【参加者】

フリガナ 氏名	称号 段位	年齢	性別	所属団体・学校名	職名 (教科)	自宅住所		
			男 女			〒		
メールアドレス（必須）						自宅TEL	携帯番号	
@								
日本武道館からの派遣依頼状 要 ・ 不要		派遣依頼状宛名(所属長役職・氏名)				所属団体・学校からの 交通費補助		なぎなたの 借用希望
派遣依頼状送付先<住所>〒						有 ・ 無 (往復・片道)		有 ・ 無

◎ 本書面にて取得した個人情報は、本事業及び公益財団法人日本武道館主催武道行事に関する以外には利用いたしません。

以上