**「クアオルト健康ウオーキング」専門ガイド養成講座**

**参　加　申　込　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住 所 | **〒** | |
| （ ふりがな ）  氏 名 |  | 性　　別 |
|  | 男 ・ 女 |
| 電 話 番 号 | （自宅） | |
| （携帯） | |
| 生 年 月 日 | 昭和  年　　　　月　　　　日（　　　才）  平成 | |
| 職 　　 業 |  | |
| 資　　　 格 | ※運動、医療、緩和（ヨガやアロマなど）の資格・特技をお持ちの方は  　ご記入ください。 | |
| 希望する  ガイド | ※どちらかに○をご記入ください。  普及員　　　・　　　実践指導者 | |
| 備　　　 考 | ※各種関係団体に所属する方は、団体名をご記入ください。 | |

【申込み・問い合わせ先】

　〒７１８－８５０１　新見市新見３１０番地３　新見市役所協働推進課

　 ＴＥＬ：７２－６１４３　ＦＡＸ：７２－６１８１

　 E-mail：kyoudou@city.niimi.okayama.jp