**「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