

「クアオルト健康ウォーキング」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