

日本体育協会公認アスレティックトレーナー養成講習会
受講希望者経歴書

| | | | |
|------------------|-----------------------------|---|-----------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 生年月日 (年齢) |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 | 年 月 日 (満 歳) ※西暦で記入 |
| 現 住 所 | 〒 () 自宅Tel () 携帯Tel () | | |
| 勤 務 先 及 び 住 所 | 〒 () TEL () | | |
| 卒 業 校 | | | |
| 受講の動機 | ※詳細に記入されていない場合は、選考対象外となります。 | | |
| 過去の受講歴 | 以前の受講番号/推薦団体 | 前回の受講状況 | |
| | 受講番号 | 共通科目：講習会未受講・試験未修了・試験修了・免除 専門科目： () 期まで受講・講習会全期修了・理論試験未修了 理論試験合格(合格証No.)・実技試験2回不合格 | |
| | 推薦団体 | | |

※以前受講歴がある方は、共通科目、専門科目の受講状況に該当する箇所に○印を記入してください。

■ これまでのトレーナー活動についてお答えください(※継続して2年以上必要とし、現在の活動まで記入)

| | | | | |
|--|---|-------------------------|----------------------------|---|
| トレーナー 活動経歴 | 活動期間 | 活動の対象と役職 | 活動場所(医療機関は除く) | 活動頻度と内容 |
| | 記入例 ※記入例に習い詳細に記入すること。記入の際は「記入例」を消すこと。 ※記入しきれない場合は、「別紙に記入」と記し、A4用紙にまとめて記入・添付しても可。 | | | |
| | 2008年4月～2012年3月 | 競泳ナショナルチーム 帯同トレーナー | JISS、北京五輪競泳会場 東京辰巳国際水泳場 | 2週間の強化合宿に年3回、計15回帯同 世界選手権、パンパシフィック水泳に計4回帯同 コンディショニング及びトレーニング指導、アスリハ指導 |
| | 2012年4月～現在 | 〇〇自動車ラグビーチーム 専属トレーナー | 左記チーム練習場 トップリーグ試合会場 | 週6日の練習で活動、試合年間20試合帯同 救急処置、アスリハ、トレーニング指導、テーピング |
| ※詳細に記入すること ※現在の活動がない場合、2年未満の場合、医療機関での自身の生業としての業務は選考対象外となります | | | | |

※本講習会受講希望者推薦に際し取得した個人情報、選考結果通知等諸連絡以外は使用いたしません。

| | | |
|-------|------|---|
| 推薦団体名 | 推薦順位 | 位 |
|-------|------|---|

※都道府県体育協会、中央競技団体、日本障がい者スポーツ協会、プロスポーツ団体のいずれかを推薦団体をご記入ください。
※都道府県競技団名を記入した場合は受け付けません。

| | | | | |
|--|------|-----|-----|--------|
| スポーツ医・科学、トレーナー等に関する研修会・学会等の複数の参加実績 ※未記入の場合、詳細に記入されていない場合、私的な勉強会は選考対象外となります。 | 研修会名 | 期 日 | 場 所 | 主な研修内容 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

■ 現在のトレーナー活動について具体的にお答えください

Q1:あなたの現在のトレーナー活動は下記のうちどれにあてはまりますか。該当する番号に△印をつけてください(複数回答可)。なお、特に中心として行っているものにはその番号に○印をつけてください。

1. 外傷・障害の予防
2. 救急処置
3. アスレティックリハビリテーション
4. コンディショニング指導
5. トレーニング指導
6. テーピング
7. 健康管理
8. 鍼灸
9. 物理療法
10. マッサージ

11. その他具体的に()

※8、9、10は該当の医療資格をお持ちの方で当てはまる場合に○印をつけるようにしてください。

Q2 : 上記で回答のあったトレーナー活動の具体的な内容についてご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

Q3 : 現在、あなたがトレーナーとして中心的に携わっている競技(種目)についてご記入ください。
(複数競技可。『球技系』、『格闘技系』等でも可)

| |
|--|
| |
|--|

■ 下記事項で該当する箇所がありましたら、ご記入ください。

※理学療法士、鍼師、灸師、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師、NATA-ATC、CATC、保健体育教員免許、日赤救急法救急員他

| | | | |
|------------------------|------------|------|-----------|
| トレーナーに 関連する 保有資格 | 資 格 名 | 認定番号 | 認定団体 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| JOC医学 スタッフ歴 | JOCからの委嘱期間 | | 医学スタッフ役職名 |
| | 年 月 ～ 年 月 | | |

※保有資格の認定番号、認定団体名は必ずご記入ください。