

入会および継続申込書

特定非営利活動法人NSCAジャパン定款、会員規約、会員倫理規程、および個人情報保護規程に同意のうえ、入会(継続)を申し込みます。

当てはまるものに○をつけてください。※太枠内は必ずご記入ください。

申込日 年 月 日

入会 / 継続	正 / 学生	会員番号(9ケタ)
---------	--------	-----------

フリガナ		生年月日 年 月 日	
氏名		(西暦)	
ローマ字表記	First Name (名)	Family Name (姓)	性別
			英文購読オプション
			希望する / 希望しない

送付先住所	フリガナ		
	〒		
TEL		携 帯	
メールアドレス			
FAX	TELまたは携帯のどちらかを、必ずご記入ください。		

勤務先/学校名	フリガナ
所在地	フリガナ
	〒
	TEL ()

連絡方法の希望	お知らせは基本的にメールにてお送りします。郵送でのお知らせをご希望の場合のみチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 郵便でのお知らせを希望する
---------	---

郵送物配達先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先/所属先
--------	---

アンケート協力	NSCAジャパンや外部団体がアンケートを実施する場合、ご協力いただけますか？ <input type="checkbox"/> 協力する <input type="checkbox"/> 協力しない
---------	---

入会理由	<input type="checkbox"/> ストレngths&コンディショニングの知識・指導技術向上のため <input type="checkbox"/> 資格認定試験受験および認定保持のため <input type="checkbox"/> ネットワーク・人脈づくりのため <input type="checkbox"/> その他(記述) 【 _____ 】
------	---

職業 主な職業を1つのみご選択ください。	<input type="checkbox"/> ストレngths&コンディショニングコーチ <input type="checkbox"/> パーソナルトレーナー <input type="checkbox"/> アスレティックトレーナー <input type="checkbox"/> フィットネスインストラクター(公共施設運動指導者含む) <input type="checkbox"/> 教員(小学校、中学校、高等学校) <input type="checkbox"/> 専門学校教員	<input type="checkbox"/> 大学教員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療関係(PT、OT、看護師など) <input type="checkbox"/> 治療関係(柔整、鍼灸、マッサージ師など) <input type="checkbox"/> 介護関係 <input type="checkbox"/> 栄養士、管理栄養士	<input type="checkbox"/> コーチ、監督 <input type="checkbox"/> スポーツ選手 <input type="checkbox"/> 大学生、大学院生 <input type="checkbox"/> 専門学校生 <input type="checkbox"/> 高校生、中学生 <input type="checkbox"/> その他()
-------------------------	--	--	--

NSCA以外の認定資格 複数選択可	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> ADI/JAFA AQUA <input type="checkbox"/> ACSM/HFS <input type="checkbox"/> AFAA各種資格 <input type="checkbox"/> 高齢者体力づくり支援士 <input type="checkbox"/> JATI認定資格 <input type="checkbox"/> NESTA-PFT <input type="checkbox"/> 加圧インストラクター	<input type="checkbox"/> ヘルスケアトレーナー <input type="checkbox"/> 健康管理士一般指導員 <input type="checkbox"/> SAQインストラクター <input type="checkbox"/> 日体協アスレティックトレーナー <input type="checkbox"/> NATA-ATC <input type="checkbox"/> JATAC-ATC <input type="checkbox"/> 栄養士/管理栄養士 <input type="checkbox"/> 日体協スポーツ栄養士 <input type="checkbox"/> 日体協スポーツプログラマー	<input type="checkbox"/> トレーニング指導士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネージャー) <input type="checkbox"/> 介護福祉士(ケアワーカー) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 障害者スポーツ指導員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 救命救急士 <input type="checkbox"/> 鍼、灸、あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> その他(記述) 【 _____ 】
----------------------	--	--	--	--

《郵便振込受領証コピー貼付欄》

《学生証コピー貼付欄》

学生会員の方は学生証のコピーを貼付してください。
(有効期限、顔写真が明瞭なもの)

※コピーは原寸大で、それぞれ折って枠内に糊付けしてください。

・会員各位からいただいた個人情報は、当会の当該事務処理に関する手続き、ファイル作成に使用いたします。なお、個人情報を当該業務の委託に必要な範囲で委託先に提供する場合と関係法令により認められた場合を除き、会員各位の事前の承諾なしに第三者に提供することはありません。

申込書受理日	印