

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	＜勤務先名＞ 〒 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	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。