

平成 30 年度公益財団法人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者推薦書

1. 受講希望者について記入してください。

推薦 順位	①受講希望者名	②推薦団体でのこれまでの主な活動内容 (具体的に記入してください)	③資格取得後推薦団体での活用方法 (具体的に記入してください)	④過去の推薦 実績
1				
2				

※ 選考の結果、受講内定者が出ない場合や、推薦順位下位の方が受講者として内定する場合があります。

※ 受講者推薦書の内容も選考対象となります。詳細に記入してください。

2. 受講希望者を決定した会議体や協議会の名称を記入してください。貴団体所属の公認アスレティックトレーナー（またはスポーツドクター）の推薦があった場合はその方の氏名を記入してください。

例：本会医科学委員会にて決定/公認 ATOO氏の推薦/本県トレーナー協議会の推薦 等

3. 貴団体における公認アスレティックトレーナー帯同の義務付け状況を記入してください。

例：団体に帯同を義務付けている/ナショナルチームに帯同を義務付けている/国内リーグの各チームに帯同を義務付けている 等

団体名

担当者名

【平成30年度版】

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は○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)

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してください。記入の際は「記入例」を消してください。 ※記入しきれない場合は、「別紙に記入」と記し、経歴書に添付してください。			
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
※詳細に記入してください。 ※現在の活動がない場合や、活動歴が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。			

※本講習会受講者募集に際し取得した個人情報は、講習会運営に係る諸事項以外には使用いたしません。

【平成30年度版】

推薦団体名 推薦順位 位

※都道府県体育・スポーツ協会、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が記入してください。
 ※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
※私的な勉強会は対象外となります。				

■ 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記入してください。

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)について記入してください。(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、記入してください。

※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

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

※保有資格の認定番号、認定団体名は必ず記入してください。