

**「天草市トップアスリート育成事業」  
平成29年度 天草市育成資格取得支援指導者 推薦書**

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日(才)
氏名		性別	男 ・ 女
		職業(会社名等)	
住所	〒 _____		
競技名		指導歴 (対象年齢)	
受講ライセンス	コーチ ・ 上級コーチ ・ 教師 ・ 上級教師		
受講予定期間			

<p><b>【志望理由及び自己アピール】</b> 資格取得にあたり今後の具体的取組み、種目協会へ貢献と決意 ※被推薦者本人で記載ください。</p>

※上記の個人情報は、当事業の実施のみに使用させていただき、他の目的には使用いたしません。

※本書類に受講資格を証明する書類を添えてご提出ください。

**上記の選手は、「天草市トップアスリート育成事業」の天草市育成資格取得支援指導者の候補として、推薦いたします。**

平成29年 月 日

競技団体長 氏名

役職

氏名

印

記入者

役職

氏名

印