 愛知連盟定型外訓練

カブスカウト隊指導者研修会　参加申込書

　　　　 　　　　年　　月　　日申込

［期間］　令和６年１１月３０日・１２月１日　　　　　　　　　［場所］名古屋国際センター・

愛知県青年会館

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 | 写真貼付たて×よこ3.5cm×2.5cm上半身のもの |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | （〒　　　 - 　　　　）電話（　　　　）　　　　-　　　　　/ＦＡＸ（　　　　）　　　　- 　　　 |
| E-mail | ※アドレスはわかりやすくお書きください。 |
| 携帯電話 | （　　　　）　 　　-　　　　 | ※携帯電話をお持ちでない場合、確実に連絡のとれる電話番号をお書きください。 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳　　　月） |
| 所　　属 | 　　　　連盟（　　　　　　地区）　　　 　第　　　 団　　　　隊 役務　　　　　　 |
| 登録番号 |  | 地区・県連盟役務 |  |
| ボーイスカウト講習会 | 開設県連盟（地区）　　　　　　　　　　　　修了年月日　　　　　　連盟　　　　　　　　　地区　　　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　研　　修　　歴 | Ｗ Ｂ研修所課程別 | ＣＳ課程　　　　第　　　期　修了日　昭和・平成　　 年　　月　　日 |
| その他研修歴：（※上記の他に修了しているウッドバッジ研修所・ウッドバッジ実修所・団委員研修所・団委員実修所がありましたら、記入してください。） |
| 奉仕歴（過去５年間における団内の役務と奉仕年月） | 団委員長の同　　　意 | 　　　　 年　　　月　　　日 |
| 地区ｺﾐｯｼｮﾅｰの推薦 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 県ｺﾐｯｼｮﾅｰの推薦 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

* 記載された個人情報は、当研修以外には使用致しません。