|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （ふりがな） | ご年齢 | 性別 |
|  |  |  |
| ご住所 |  |
| ℡番号 |  | E-mail |  |
| お勤め先（学校） |  | 職種（学年） |  |
| 健康状態（アレルギーなど） |
| 資格・免許 |
| 趣味 |

|  |
| --- |
| あてはまるものに☑をつけてください。 |
| ・乗馬療育（ホースセラピー、障がい者乗馬）についてどの程度ご存知ですか？　□名前は聞いたことがある。　□セミナー・講演会などで学んだことがある。　□書籍等で学んだことがある。　□他のアニマルセラピーについて学んだことがある。　□全く知らない。　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・乗馬の経験について教えてください。　□レジャーとして体験したことがある。　□部活動などで取り組んだことがある。　□乗馬クラブなどでレッスンを受けたことがある。　□経験は全くない□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・今回のプログラムの学びをどのように活かしたいですか？　□仕事・職業として携わりたい。　□現在の職場・仕事で活かしたい。　□純粋に乗馬療育に興味がある・学びたい。□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・今後、乗馬療育に関する長期間研修（1～2年程）があれば参加したいですか？　□参加したい。　　□参加したくない。　　□現時点ではわからない。　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ご応募の動機 |

|  |
| --- |
| 研修会で聞きたいこと、体験したいこと |