

OHANA SPACE HAWAII YOGA ACADEMY APPLICATION FORM



オハナ スペース ハワイ ヨガアカデミー
受講申請書

◇ 受講プログラム名： _____

◇ 受講プログラム開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

◇ 受講者名 (姓) _____ (名) _____
漢字： _____

ふりがな： _____

ローマ字： _____

◇ 生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) / 血液型 _____ 型

◇ 住所 (ふりがな)

〒 _____

◇ 電話番号 自宅： _____ / 携帯： _____

◇ E-mail アドレス _____

◇ 緊急連絡先
(ふりがな)

氏名： _____ 続柄： _____

住所 (ふりがな)

〒 _____

電話番号 自宅： _____ / 携帯： _____

E-mail アドレス _____

◇ お支払い方法 銀行振込 / クレジットカード / 現金

免責事項・キャンセル概要を確認いたしました。同意の上、このプログラムに申込致します。

年 _____ 月 _____ 日

署名 _____

全ての質問に回答をおねがいします。

1. このティーチャートレーニングプログラムについて、どこで知りましたか？（web サイト名、紹介者名など）

2. ヨガ歴、ヨガを始めるきっかけを教えてください。

3. どのようにヨガを練習していますか？ また、練習の頻度は？

4. どのスタイルのヨガを練習していますか？

5. ヨガの練習の際、一番大事にされている事は何ですか？

6. 過去にヨガのティーチャートレーニングを受けた事がありますか？ Yes / No
7. 6. Yes の方にお聞きします。
8. いつ、どちらで、どのようなティーチャートレーニングをうけられましたか？

9. 現在ヨガを指導していますか？ Yes / No
10. Yes の方にお聞きします。あなたのクラスについて、教えている年月・場所・クラス内容等、詳しく教えてください。

11. 8. Yes の方にお聞きします。あなたがヨガを指導するにあたり、一番大事にされている事は何ですか？

12. 良い指導者になる為には、何が重要だと思われますか？

13. ティーチャートレーニングに参加しようと思われた動機を教えてください。

14. このプログラムに期待することを教えてください。何を身につけ、学び、練習したいと思いますか？

15. 上記以外に、あなたについて私共がもっと知っておくべきことがあれば、教えてください。

16. ご意見やご質問ありましたら、お書き下さい。

身体面および精神面の健康につきまして

この項目は必須事項です。全てのお申込内容は機密事項として扱われますので、安心して正確にお答えください。

17. 最近の健康状態を、自己評価してください。（良好 - 良い - 普通 - 悪い）

18. あなたは過去2年間に医師によるケアや治療を受けていましたか？（精神／神経科も含む）Yes / No

19. 17.Yesの方は、その病名、治療期間、治療方法等、お答えください。

20. 現在服用中の薬品、または過去1年以内に医師から処方され服用した薬品を、詳しく教えてください。

21. 過去1年以内の入院歴（疾患名、期間含む）をお知らせ下さい。

22. 持病をお持ちでしたらお知らせください。

23. 喫煙者ですか？ Yes / No

24. 22.Yesの方、量と頻度を教えてください。

25. 飲酒者ですか？ Yes / No

26. 24.Yesの方、量と頻度を教えてください。

27. このプログラムに参加されるにあたり、主催者に伝えておくべき肉体的制限はありますか？

質問にお答えいただきありがとうございました

年 月 日

回答者名： _____