

記入見本



ACSM 更新リニューアルフォーム 2017

ACSM RECERTIFICATION/RENEWAL FORM 2017

資格更新時、このフォームをACSMに送付するか、オンラインで更新することが要請されます。
全CECの記録を残し、監査の対象となったときはその文書や証明書を提出することをACSMは要求します。

PLEASE FILL IN THE INFORMATION BELOW. THIS INFORMATION WILL BE USED FOR ALL ACSM MAILINGS.

ID 番号 (6桁) ACSM ID Number: 1 2 3 4 5 6
 認定番号 Certificate Number 9876543

敬称 (丸で囲む) Mr. Mrs. Ms. Dr. Kyoukai Hanako

自宅 Home 職場 Work
 Last Name 苗字 Amano First Name 名前 Bld.4F, 2-8-3, Hongo Middle Initial _____

住所 (建物名と部屋番号、番地、町名) Amano Bld.4F, 2-8-3, Hongo

市区町村 City Bunkyo-ku 都道府県 State Tokyo 郵便番号 Postal Code 113-0033 国 Country Japan

勤務先電話番号 Business Phone (____) _____ 自宅電話番号 Home Phone 03-3818-6939 E-mail jfastaff@jafa-net.or.jp

CPR 有効期限 CPR Expiration Date: 31/12/2018
 CPR 認定団体 (英語表記が不明な場合は、各認定団体へ問い合わせること) CPR Certified by: _____

Required number of Continuing Education Credits (CECs) per Certification Level for 3-year cycle: **各資格の更新に必要な単位数**

15 CECs CIFT, CET	30 CECs GEL, ETT	45 CECs CPT, GEI, PAPHS	60 CECs EP-C, CEP, RCEP, PD, H/FD
-----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---

ACSM CECs applicable for this cycle: 45
 Non-ACSM CECs applicable for this cycle: 15

cec セミナーで取得した単位数
 cec セミナー以外 (JAFA 講習会や誌面テストなど) で取得した単位数

更新料: 更新を希望する資格の金額に✓をつけてください。2つ以上の資格を更新する場合、最も高い資格の更新料に複数更新手数料として5ドルを追加した金額をお支払いください。有効期限を過ぎて更新される場合は、延滞料をお支払いください。

<input type="checkbox"/> \$35 Certified Inclusive Fitness Trainer SM (CIFT) Certified Cancer Exercise Trainer SM (CET) Physical Activity in Public Health Specialist SM (PAPHS)	<input type="checkbox"/> \$45 Group Exercise Leader® / Instructor SM (GEL/I) Certified Personal Trainer® (CPT) Exercise Test Technologist® (ETT)	<input checked="" type="checkbox"/> \$55 チェックする Certified Exercise Physiologist (EP-C) (formerly HFS) Certified Clinical Exercise Physiologist (CEP) (formerly CES) Registered Clinical Exercise Physiologist® (RCEP) Health/Fitness Director® (H/FD) Program Director SM (PD)
<input type="checkbox"/> \$5 Renewing more than one credential	<input type="checkbox"/> \$25 Late Fee	更新料合計 Total: \$ <u>55</u> (USD)

Check/Cash Enclosed - ACSM Fed ID # 23-69-0952 (\$25 fee for all returned checks)

月/年で表記

(例: 2016年4月の場合) カードの裏面を確認

クレジットカードの種類をチェック

MasterCard VISA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 0 4 / 1 6 1 2 3 4

AMEX Discover (All 13 or 16 numbers must be given) 13or16 桁のカード番号 (Expiration Date) (3 or 4 digit sec. code)

カードの有効期限 カードのセキュリティ番号

私は、以下に署名することにより、継続教育単位と CPR 資格認定が有効な ACSM 資格認定/登録の構成要素であり必要条件であることを理解します。この ACSM 資格更新/リニューアルフォームを送付することにより、私は上で印をつけた資格更新の必要条件をすべて満たすことを確認し、要求された場合にはすべての CEC 証明書と有効な CPR を提供します。私は、知りうる範囲で上の申請書に記入し、記入されたことがらは正確かつ事実です。私は ACSM に対し資格更新料として上記の金額を私のクレジットカードに請求することを認めます。

協会花子

10/11/2017

Signature 自筆のサイン (日本語でも OK)

Date 署名した日付: 日/月/年 で表記

ACSM ナショナルセンター (Department 6022, Carol Stream, IL 60122-6022) に郵送あるいは、
kwebster@acsm.org に E メールするか 317-634-7817 にファックスしてください。

10/17/2017