

浦和レッズスポーツセミナー2008

<申 込 書>

下記のスポーツセミナーに申し込みます。

2008年12月1日(月) 19:30~21:30

『サッカーの現場における肉離れの実態と復帰へのサポート』

下記の各欄にご記入のうえ顔写真(縦4cm×横3cm)を添付して郵送するか、申込書に顔写真(縦4cm×横3cm)のデータを添付のうえメールにてお申込ください。

申し込み先	
E-Mail	seminar@redsland.jp
郵 送	〒338-0825 埼玉県さいたま市桜区下大久保1771 レッズランド スポーツセミナー係

2008 年 月 日記入

ふりがな				年 齢	歳
氏 名					
所持資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 体協公認スポーツドクター <input type="checkbox"/> 日整会公認スポーツドクター <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 日体協AT <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> ATC その他の資格()				
スポーツ現場に係わるトレーナー活動・ドクター活動の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に下記に記入してください)				
所属(勤務先)		職 業			
連絡先(日中でも連絡が取れる先) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先					
住 所	〒				
TEL		携帯電話			
FAX		メール			

本セミナーでは参加者間の交流を図るため、参加者名札、名簿(上記の記入情報)を作成し配布する予定です。記載について下記の確認をお願いします。

全ての項目の掲載を了承する _____ の項目については掲載しないでほしい

事務局使用欄

受付	可否	受講料			
日	可 ・ 否	12月1日	¥3,000		
受					