

2009年浦和レッズ スポーツセミナー 第1回

【外傷・障害の予防と復帰のためのトレーニング】

2009 年 月 日記入

ふりがな				生年月日	19 年 月 日
氏名				年齢	歳
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()				
所属(勤務先)			担当業務 (差し支えない 範囲で)		
職業					
スポーツ現場に係わるトレーナー活動の経験	<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)				
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			*PCメール		
			携帯メール		

*今後のご案内もございますので、PCのアドレスをご記入ください。

本研修会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