

# 2009年浦和レッズ スポーツセミナー 第2回 【膝靭帯損傷の治療とアスレティックリハビリテーション】

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(今後のご案内を確認できる)	<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。

懇親会に参加する(18:00~20:00)     懇親会に参加しない

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