

浦和レッズ スポーツセミナー 2010

【肉離れの診断とアスレティックリハビリテーション】

2010 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