浦和レッズ スポーツセミナー 2012 第4回 申込書

-ドクターコース- 肉離れの診断・リハビリ・予防

2012 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	□ 医師　□ 体協公認スポーツドクター　□ 日整会公認スポーツドクター　□ 理学療法士　□ 日体協AT　□ 鍼灸師 □ マッサージ師　□ 柔道整復師　□ 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ドクター活動の経験	□ なし　□ 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）	□ 自宅　□ 勤務先		
住 所	〒		
TEL		携帯電話	
FAX		*PCメール	
＊今後のご案内がございますので、なるべくPCのアドレスをご記入ください。		(携帯メール)	
懇親会	□ 懇親会に参加する（17：00～18：00）　□ 懇親会に参加しない		

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