

浦和レッズ スポーツセミナー 2012 第5回 申込書

-ドクターコース- グロインペイン症候群の診断・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	<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)				
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		
* 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	<input type="checkbox"/> 懇親会に参加する(17:00~18:00) <input type="checkbox"/> 懇親会に参加しない				
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 全ての項目の掲載を了承する <input type="checkbox"/> _____ の項目については掲載しないでほしい</p>					