

浦和レッズ スポーツセミナー 2012 第6回 トレーナーコース

第1部【肉離れの診断・治療・予防】

第2部【グロインペイン症候群の診断・治療・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。(TEL以下の情報については記載いたしません)

懇親会に参加する(17:00~19:00) 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