

第45回サッカードクターセミナー参加申込書

掲載不可

氏 名			
カタカナ表記			
生年月日			
自 宅	住 所	〒	
	電話番号	()	
	FAX番号	()	
	E-mailアドレス	@	
勤 務 先	名 称		
	専門科		
	住 所	〒	
	電話番号	()	
	FAX番号	()	
	E-mailアドレス	@	
勤務先への連絡	勤務中にお電話をしてよろしいですか？		YES NO
携帯電話番号	()		
卒業大学	大学	学部	年卒
医籍登録番号			/
サッカードクターセミナー出席回数	回		/
日体協公認スポドク番号			/
日医認定健康スポ医番号			/
日整会認定スポ医番号			/
サッカー関係役職 (例：〇〇協会医事委員 〇〇FCチムドクター)			
宿泊手配について	希望する	希望しない	
部屋タイプ	ツイン (¥8,700)	4人部屋 (¥7,700)	
食事手配 <small>○で囲ってください。</small>	朝・昼 付	朝のみ (昼不要)	
喫煙	する	しない	

(注)
テキストには参加者の御所属とその住所と連絡先、そしてご自宅の住所とその連絡先を掲載する予定ですが、個人情報保護法の施行にともなって参加者の先生方のご了解を得る必要があります。掲載不可の項目に×印をつけてください。