

2019年度 障がい者スポーツ医養成講習会 受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	19 年 月 日生	歳
医師免許 公布日	年 月 日交付	卒業大学名	卒業年度	昭和・平成 年度
勤務先	名称			
	住所	〒		
	TEL	()	FAX	()
自宅	住所	〒		
	TEL	()	FAX	()
郵便物の送付先	勤務先	自宅	※どちらかに○をつけてください	
メールアドレス				

専門診療科目（下表から2つ選択し、主となる順に専門科目①・②に番号を記入してください）

専門科目①	No.	専門科目②	No.	
1.内科 2.呼吸器科 3.心療内科 4.消化器科 5.胃腸科 6.循環器科 7.アレルギー科 8.リウマチ科/膠原病科 9.小児科 10.精神科 11.神経科 12.神経内科 13.外科 14.整形外科 15.形成外科 16.美容外科 17.脳神経外科 18.呼吸器外科 19.心臓血管外科 20.小児外科 21.産婦人科 22.産科 23.婦人科 24.眼科 25.耳鼻咽喉科 26.気管食道科 27.皮膚科 28.泌尿器科 29.性病科 30.肛門科 31.公衆衛生学 32.救急医学 33.リハビリテーション科 34.理学診療科 35.放射線科 36.麻酔科 37.ペインクリニック 38.スポーツ医学 39.全科 40.その他 ()				

保持資格（健康・スポーツ等に関する資格）	関係スポーツ（自身のスポーツ歴・スポーツ支援活動）
例) 日本スポーツ協会公認スポーツドクター	例) ●●スポーツチーム チームドクター

受講動機	
※詳しく記載 ください。	

障がいの有無	有	無	障がい名	
手話通訳について	希望する	希望しない		※該当する方はどちらかに○をつけてください
情報交換会参加希望	参加する	参加しない		※どちらかに○をつけてください

送付先 〒103-0014 東京都中央区日本橋蛸殻町2-13-6 ユニゾ水天宮ビル3F
 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会 スポーツ推進部 宛
 E-mail : koshu-entry@jsad.or.jp

※上記に記載された内容は、本講習会に関する目的（受講者名簿、名札等）に使用させていただきます。
 ※メールでのお申込みの際は、Excelデータにて送付ください。