

FAX番号:03-5579-8590

送信日 年 月 日

『選手を支えるスポーツメディカルセミナー2012』FAXお申込み用紙

■お申込みご本人について

氏名	姓	名	生年月日	西暦	年	月	日
	フリガナ						

現住所	〒	□□□□-□□□□	都道府県	市区郡町村		
	建物名・部屋番号					
連絡先電話番号		( ) -	-			
FAX番号		( ) -	-			
携帯電話番号		( ) -	-			
E-mailアドレス			@			

勤務先及び所属部署名
在籍学校名(及び学部/学科名)
サポート活動をしているチーム名称

■受講について

受講区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 学生	
受講希望コース	<input type="checkbox"/> 通年受講コース(全15回)	<input type="checkbox"/> 法人受講コース(全15回)	
	<input type="checkbox"/> フリーセレクト10回コース	<input type="checkbox"/> フリーセレクト5回コース	
	<input type="checkbox"/> 各回受講		
受講希望日	<input type="checkbox"/> 第1回 4月28日(土)	<input type="checkbox"/> 第2回 5月26日(土)	<input type="checkbox"/> 第3回 6月9日(土)
	<input type="checkbox"/> 第4回 6月23日(土)	<input type="checkbox"/> 第5回 7月7日(土)	<input type="checkbox"/> 第6回 7月21日(土)
	<input type="checkbox"/> 第7回 8月4日(土)	<input type="checkbox"/> 第8回 9月1日(土)	<input type="checkbox"/> 第9回 9月22日(土)
	<input type="checkbox"/> 第10回 10月6日(土)	<input type="checkbox"/> 第11回 10月20日(土)	<input type="checkbox"/> 第12回 11月3日(土)
	<input type="checkbox"/> 第13回 11月24日(土)	<input type="checkbox"/> 第14回 12月1日(土)	<input type="checkbox"/> 第15回 2013年1月26日(土)
	<input type="checkbox"/> 海外スポーツメディカルセミナー		
※法人受講コース選択の方はご記入ください。		□数:	□ / 法人代表者氏名:
保有資格	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	<input type="checkbox"/> 鍼灸師
	<input type="checkbox"/> 日本体育協会アスレティックトレーナー		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

■ご質問等

--

※お振込明細書を領収書とさせていただきますので、紛失等にご注意ください。