

平成 25 年度 一般社団法人 大分県スポーツ学会認定

メディカルマネージャー講習会 受講申込書

FAX 097-556-1375

(大分スポーツリハビリテーションセンター内:M マネ事務局)

\*該当するものに○をつけてください。

フリガナ 氏 名		生年月日 (西暦)	年	月	日	才
住 所	〒					
TEL	電話 (	) FAX (	)	携帯 (	)	)
所属施設名 または学校名		職 種 または学年				
現在関わって いるスポーツ						
大分県スポーツ学会会員	会 員 ・ 非会員					
大分県スポーツ学会認定 スポーツ救護者	スポーツ救護ナース ・ スポーツ救護員 ・ 非該当					
受講希望時間帯	午前 ・ 午後					

本講習会申込みに際して得た情報は、講習会に伴う書類作成、発送等に用い、これ以外の目的で取り扱うことはいたしません。

申込み締め切り：2013 年 11 月 15 日（金）

定員になり次第 締め切ります

参加申し込み希望の方は郵送または FAX にて送付ください。