

平成27年度 大分県スポーツ学会 認定スポーツ救護講習会 第6期 受講申込書

FAX : 097-522-3576 (大分岡病院 事務局)

- ・該当するものに○印をつけてください。
- ・年齢等は2015年4月1日を基準にしてください。

フリガナ 氏名		生年月日 (西暦)	年	月	日生 (才)	性別 男 女
住所	〒					
電話番号	TEL ()	FAX ()		携帯番号 ()		
施設名 または学校名		職種 または学年				
一般学歴 (最終)						年 月 卒業
専門学歴 (最終)						年 月 卒業
参加希望日	第6期					
	全過程 ・ 部分受講 () (部分受講の場合は希望日を記載して下さい)					
大分県スポーツ学会	会員 ・ 非会員 ・ 入会希望					

*本講習申し込みの際に得た個人情報は、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致しません。

※ 参加申し込み希望の方は、下記まで、郵送またはFAXにて送付ください ※
受講決定通知を、FAXで送信しますので、必ずご記入ください。
ご不明な点は、下記にお問い合わせください。

※応募締切 : 平成27年3月20日必着
(定員になり次第締め切ります)

< お問い合わせ先 >

一般社団法人 大分県スポーツ学会 事務局
〒870-0192 大分市西鶴崎 3-7-11
社会医療法人敬和会 大分岡病院 (担当: 栗秋・佐藤)
TEL 097-522-3131(代) FAX 097-522-3576
E-mail : oitakenspo@yahoo.co.jp

受付 NO.