

# 平成29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<br>公布日 | 年 月 日交付 | 卒業大学名 |                 | 卒業年度 | 昭和・平成<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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) 日本体育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。