

令和7年度 公認パラスポーツ医養成講習会 申込書

ふりがな					
氏 名					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 歳
医師免許公布日	年 月 日 交付				
勤務先	名称				
	住 所	〒			都 道 府 県
	TEL				
自宅	住所	〒			都 道 府 県
		TEL		携帯電話	
メールアドレス					
文書の送付先 (事務局からの情報送付先)	勤務先 自宅 (どちらかに○)				

専門診療科目	主となる順に専門科目①・②をリストから選択してください			
	専門科目①		専門科目②	
保持資格 (健康・スポーツに関する資格)	例)日本スポーツ協会公認スポーツドクター			
関係スポーツ (自身のスポーツ歴 スポーツ支援活動)	例)〇〇スポーツチーム チームドクター			
受講動機				

障がいについて	障がい名		車いすの使用	あり ・ なし	手話通訳	必要 ・ 不要
---------	------	--	--------	---------	------	---------

※上記に記載された内容は、本講習会の関する目的(名簿、名札など)に使用させていただきます。

申込先アドレス:koshu-entry@parasports.or.jp

問い合わせ:公益財団法人日本パラスポーツ協会 スポーツ推進部 杉山・小島
部直通 TEL:03-5695-5420