令和２年度　第31回近畿医師会連合 健康スポーツ医学講習会
第32回大阪府医師会　健康スポーツ医学講習会　「前期」　受講申込書

日時：令和２年11月14日（土）午後２時00分～午後７時35分
15日（日）午前９時00分～午後６時15分

会場：大阪府医師会館
（大阪市天王寺区上本町２－１－22）

フリガナ			性別	１．男　２．女
氏　名			生年月日	１．大正　２．昭和　３．平成 年　月　日生
所　属 医師会名	府県	医師会	専門科目	１．小児科　２．内科　３．外科 ４．整形外科　５．その他（　）
	地区	医師会		
勤務先 住　所	〒　—		電話番号	—　—
	都道府県			
	勤務先名称		〔役職　〕	
自　宅 住　所	〒　—		電話番号	—　—
	都道府県			
医師免許 証番号	第　号		医籍登録 年月日	１．大正　２．昭和　３．平成 ＿＿年＿＿月＿＿日

Ｑ：スポーツ医に関する資格および日医認定の健康スポーツ医学講習会の修了証をお持ちですか？

１．あり
ａ．認定資格取得済：日医・日整会（※１）・日本スポーツ協会（※２）・その他（　）
ｂ．現在受講中：お持ちの修了証は、平成＿＿＿年＿＿＿月に開催された
＿＿＿＿＿＿＿＿主催の〔　前期　・　後期　〕講習会

２．なし

注　意

申込書は楷書にて記入し、所属地区医師会（大阪府を除く近畿地区は所属府県医師会スポーツ医学係）宛てにご送付ください。
なお、近畿地区以外の地域から申し込む場合は、大阪府医師会地域医療２課（〒543－8935大阪市天王寺区上本町２－１－22）まで直接ご送付ください。

＜補足説明＞

※１：日本整形外科学会認定スポーツ医、日本整形外科学会スポーツ医学研修会総論修了者

※２：日本スポーツ協会公認スポーツドクター、または同養成講習会基礎科目修了者

（上記に該当される場合は、本講習会の受講の必要はございません）