

平成30年度
一般社団法人 大分県スポーツ学会認定 スポーツ救護講習会
第9期 受講申込書

申込締切日：平成30年6月30日（土）

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2018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9期						
	全過程 ・ 部分受講 () (部分受講の場合は希望日を記載してください)						
大分県スポーツ学会	会 員 ・ 非 会 員						
看護師免許	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 正看護師				
	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 准看護師				

*本講習申し込みに際して得た個人情報、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、郵送致しますので、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。

＜ 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：小副川・栗秋・佐藤）
TEL 097-522-3131 FAX 097-522-3576
E-mail： oitakenspo@yahoo.co.jp

受付 NO.
