

一般社団法人日本整形外科スポーツ医学会 事務局 行

2017年8月5日(土)までにお送りください。(FAX: 03-5216-3115)

第17回大学生・高校生のためのスポーツ医学セミナー 参加申込書

送信日: _____年 _____月 _____日

フリガナ*

氏名*: _____ 年齢*: _____歳 参加人数*: _____名

学校名・学年、またはご勤務先名*

: _____

住所*: 〒 _____

電話番号*: _____

(こちらからご連絡をして、差しつかえない番号をご記入ください)

メールアドレス*: _____

(PCまたは携帯、いずれかのメールアドレスをご記入ください)

参加動機:

備考:

※電話番号はこちらからご連絡をして、差しつかえない番号をご記入ください

※「*」の付いている項目は必須項目となります。