

一般社団法人日本整形外科スポーツ医学会 事務局 行

2019年8月9日（金）までにお送りください。（FAX：03-5216-3115）

第19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。