

平成28年度 公認スポーツクター養成講習会
新規受講申込書

推薦団体	(申込先となる日体協加盟中央競技団体)	※記入不要
フリガナ		
氏名		性別
ローマ字表記 (全て大文字)		
生年月日 (西暦) yyyy/mm/dd		年齢

顔写真貼付
3ヶ月以内に
撮影したもの
(4cm×3cm)

顔写真貼付

写真の裏面には必ず
氏名を記入してください。

(4月1日時点)

勤務先 (所属部署)			
勤務先	〒 -		
	TEL (ハイフンで区切る)		FAX (ハイフンで区切る)
	メール		
緊急連絡先	携帯TEL (ハイフンで区切る)		携帯メール ※

※携帯メールは、養成講習会の開催期間中などに災害が発生し、携帯電話の通話ができない場合に連絡するためのものであり、通常の連絡で使用することはありません。

※勤務先以外(自宅など)に資料の送付を希望される場合は以下にご記入ください。

資料 送付先	〒 -		
	TEL (ハイフンで区切る)		FAX (ハイフンで区切る)
	メール		

<医療資格系情報>

平成28年度4月1日時点で医師免許取得後4年が経過(平成24年4月1日以前に取得)していること

医師免許 取得日	昭和・平成 年 月 日	免許番号 (A4サイズ写し添付)	
最終学歴	※大学(大学院)、学部、学科ほか		卒業・修了年度
			昭和・平成 年 卒業・修了
臨床面での 専門	主たる診療科目		主に携わっているスポーツ(3つまで) (プルダウン)
	診療可能科目		①
	診療可能科目		②
	40.1その他Jを 選んだ場合に記 す		③

<基礎科目 免除希望> 【該当するものに○】

		有効期限
保有資格 (証明書を添 付すること)	日本医師会認定健康スポーツ医	昭和・平成 年 月 日
	日本整形外科学会認定スポーツ医 (スポーツ医学研修会 総論A修了者含む)	昭和・平成 年 月 日

<裏面も必ず記入してください>

期間	職歴
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	

公認スポーツドクターの資格取得動機を記入してください。

推薦団体との関係を記入してください。

推薦団体の傘下団体(市町村体育協会、都道府県競技団体など)との関係があれば記入してください。

資格取得後、スポーツドクターとして取り組みたい活動として当てはまるものに○をしてください
(複数回答可)

A	競技会等での医事運営
B	スポーツクラブ(チーム)のドクターとして参画、選手の健康管理、診療及び医学的指導、助言
C	学校医として、あるいは学校医と協力し、学童の体育活動の医学的指導・助言
D	(市民スポーツレベルからトップアスリートまでを含む) スポーツ参加者のメディカルチェック、健康診断、診療など
E	各種疾病を有する人の運動処方を作成、あるいはその指導
F	その他(下段に記入)

地元医師会の会員ですか?
「はい」: 役職がある場合は下段に記入してください

はい ・ いいえ

役職

本会の公認スポーツ指導者資格を保有している方は以下に記入してください

資格名 (プルダウン)	
登録番号 (7ケタ)	

※スポーツリーダーの方は登録番号の記入は不要です。