|  |
| --- |
| **【メールまたはFAXでご提出ください】　提出期限：6月23日（月）*** **アドレス：**drat-kakunin@japan-sports.or.jp

**【件名】第32回よこはまスポーツ整形外科フォーラム出席確認カード提出****【本文】以下の3項目を必ず記載してください。**1. **MyJSPO No.(登録番号)（数字９桁）**
2. **カナ氏名**
3. **生年月日（西暦）**

**【添付ファイル】出席確認カード****※右のQRコードを読み取るとメールが立ち上がります。****※本アドレスは送信専用アドレスです。*** **FAX　 03-6910-5820**
 |

**日本スポーツ協会公認スポーツドクター・アスレティックトレーナー更新研修**

**第32回よこはまスポーツ整形外科フォーラム**

**出席確認カード**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MyJSPO No.(登録番号)（9桁）** | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | **生年月日（西暦）** |
| **フリガナ** |  | 　年　　月　　日 |
| **氏名** |  |
| **保有資格****（〇をつけてください）** |  | **公認スポーツドクター** |
|  | **公認アスレティックトレーナー（JSPO-AT）** |

**※MyJSPO No.(登録番号)は指導者マイページからご確認いただけます。**

**＜参加証貼付欄＞**

* 必ず参加証のコピーを貼付してください。領収証、領収証控、公認スポーツ指導者登録証は不要です
* JSPO-ATはBLS認定証（写）を併せて貼付してください。その際、有効期限の分かる部分を必ず貼付してください。

【指定演題一覧】　※聴講した講義にチェックを入れてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **日程/時間** | **講演内容** | **聴講** |
|
| 6月1日 | 10:50～12:05 | 75分 | 一流アスリートが医師を目指す理由：その意義と将来像　シンポジウム1　S1 | 　 |
| 12:20～13:20 | 60 分 | クリニックにおける多職種連携によるアスリートサポート | 　 |
| 13:55～14:45 | 50 分 | 選手としての怪我との向き合い方 | 　 |
| 14:55～16:10 | 75 分 | 競技別アスリートの外傷予防と治療　シンポジウム2　S2 | 　 |

合計 分

※合計240分以上の聴講が必要です。

※ 講義を途中で退出した場合は、聴講時間には含まれませんのでご注意ください。

氏　名