|  |
| --- |
| **【メールまたはFAXでご提出ください】　提出期限：11月28日（月）**   * **アドレス：**[drat-kakunin@japan-sports.or.jp](mailto:drat-kakunin@japan-sports.or.jp)   **【件名】第6回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会　出席確認カード提出**  **【本文】以下の4項目を必ず記載してください。**   1. **登録番号（数字7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更新研修**

**第6回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会**

**出席確認カード**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録番号（７桁）** |  |  |  |  |  |  |  | **生年月日（西暦）** |
| **フリガナ** |  | | | | | | | 年　　　月　　　日 |
| **氏名** |  | | | | | | |
| **対象資格** | **公認スポーツドクター** | | | | | | | |

**※登録番号は指導者マイページからご確認いただけます。**

**＜ネームカード貼付欄＞**

* 必ず学会ネームカードのコピーを貼付してください。

参加証、領収証、領収証控、公認スポーツ指導者登録証は不要です。

**別添添付可**

**＜ネームカード＞**

【指定演題一覧】　※聴講した演題に○をつけてください。



* 必ず全ての指定演題を聴講してください。

氏　名