|  |
| --- |
| **【メールまたはFAXでご提出ください】　提出期限：11月27日（月）**   * **アドレス：**[drat-kakunin@japan-sports.or.jp](mailto:drat-kakunin@japan-sports.or.jp)   **【件名】第7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3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7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** |  | | | | | | |

**※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。

**＜ネームカード＞**

【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** |
|
| 11月3日 | 12:30 | | ～ | | 13:30 | 60 分 | リハビリテーション医学のイノベーション　―継承と革新― |  |
|
| 13:40 | | ～ | | 14:40 | 60 分 | 少年野球肘の早期発見・対応と予防 |  |
|
| 13:40 | ～ | | 14:40 | | 60 分 | サルコペニア・フレイルの病態と病院での包括的管理：栄養、運動、口腔、薬剤 |  |
| 14:50 | | ～ | | 15:50 | 60 分 | スポーツ・パラスポーツにおけるEmergency Action Plan |  |
|
| 16:00 | | ～ | | 17:00 | 60 分 | スポーツ外傷・障害に対するリハビリテーション医療 |  |
|
| 11月4日 | 8:30 | | ～ | | 9:30 | 60 分 | パラスポーツにおける問題点とリハビリテーション科医の役割 |  |
|

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