|  |
| --- |
| **【メールまたはFAXでご提出ください】　提出期限：7月24日（月）**   * **アドレス：**[drat-kakunin@japan-sports.or.jp](mailto:drat-kakunin@japan-sports.or.jp)   **【件名】第60回日本リハビリテーション医学会　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。**  **【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60回日本リハビリテーション医学会学術集会**

**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** |
|
| 6月30日 | 14:20 | ～ | 15:20 | 60 分 | リハビリテーション医療における前十字靭帯損傷 |  |
|
| 7月1日 | 13:10 | ～ | 13:40 | 30 分 | 選手を支えて勝利を目指すラグビーリーグワンの流儀 |  |
|
| 13:40 | ～ | 14:10 | 30 分 | トップアスリートのリハビリテーション期におけるモチベーション指導について |  |
|
| 16:40 | ～ | 17:40 | 60 分 | 投球障害肩に対する競技復帰に向けたリハビリテーション |  |
|
| 10:50 | ～ | 11:50 | 60 分 | パラスポーツに医師として帯同するときに知っておきたいこと |  |
|
| 7月2日 | 9:40 | ～ | 10:40 | 60 分 | 地方大学医学部附属病院におけるアスリート・メディカルサポート |  |
|

氏　名

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。