

**平成20年度財団法人日本体育協会公認スポーツドクター養成講習会
新規受講個人申込書**

--

記入日:平成20年 月 日

の欄には何も記入しないでください。

推薦団体名	日本体育協会の加盟団体名をご記入ください。			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">顔写真貼付 3ヶ月以内に 撮影したもの (4cm x 3 cm)</p> <p align="center">*顔写真は、もう一枚提出 願います(必ず裏面に 氏名を記入してくださ い)。</p> </div>
ふりがな			性別	
氏名			男・女	
生年月日 (西暦)	19 年 月 日	年齢		
書類等 送付先	() 自宅・() 勤務先 書類等の送付先を指定してください。			
自宅	〒 - 都・道・府・県			
	TEL		FAX	
	E-mail			
勤務先	名称			
	〒 - 都・道・府・県			
	TEL		FAX	
	E-mail			
臨床面 での専門	<p>主たる科目を1つで、その他2つまでを で囲んでください。</p> <p>01 内科・02 呼吸器科・03 心療内科・04 消化器科・05 胃腸科・06 循環器科 07 アレルギー科・08 リウマチ科・09 小児科・10 精神科・11 神経科・12 神経内科 13 外科・14 整形外科・15 形成外科・16 美容外科・17 脳神経外科・18 呼吸器外科 19 心臓血管外科・20 小児外科・21 産婦人科・22 産科・23 婦人科・24 眼科 25 耳鼻咽喉科・26 気管食道科・27 皮膚科・28 泌尿器科・29 性病科・30 肛門科 31 公衆衛生学・32 救急医学・33 リハビリテーション科・34 理学診療科・35 放射線科 36 麻酔科・37 ペインクリニック・38 スポーツ医学・39 全科 40 その他()</p>			
専門 スポーツ	主に携わっているスポーツ種目を3つまでご記入ください。 (, ,)			
最終学歴	(大学名,学部,学科,大学院,卒業年等) 大学 学部 (昭和・平成) 年 月 日 卒業・修了			
医師免許 取得日	必ず、医師免許の写し(A4サイズに縮小コピー)を添付してください。 (昭和・平成) 年 月 日			

他団体スポーツ医 資格取得状況 (応用科目からの受講希望者のみ)

該当する資格の欄に 印をしてください。

その資格の証明書(受講修了証または資格認定証)の写しを本申込書に添付してください。

欄	資格名	有効期限
	日本医師会認定健康スポーツ医	西暦 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)	西暦 年 月 日

* 本講習会受講に際し取得した個人情報、本会及び推薦団体が、本講習会の受講管理に関する連絡(資料の送付等)およびスポーツドクター関係事業を実施する際に利用し、これ以外の目的に個人情報を利用する際は、その旨明示し了解を得るものとします。

必ず裏面も記入してください。

1. 職歴 (一般的な職歴を記載) を記入してください。

期 間	職 歴
年 月~ 年 月	
年 月~ 年 月	
年 月~ 年 月	
年 月~ 年 月	
年 月~ 年 月	

2. 推薦団体 (都道府県体育協会または中央競技団体) との関係を記入してください。

--

3. 推薦団体の傘下団体 (市町村体協、県競技団体等) との関係もあれば記入してください。

--

4. 地元医師会の会員になっていますか、また役職についても記入してください。

--

5. 日本体育協会公認スポーツドクター資格取得動機について記入してください。

--

6. 資格取得後の活動について記入してください。

資格取得後のスポーツドクターとしての活動について、次の中から考えられるものの記号を印で囲み、下記に活動内容を記入してください (重複解答も可)。該当するものがなければ「その他」として活動内容を記入してください。
また、希望する活動内容があればそれについても記入してください。

- 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. スポーツ参加者 (市民スポーツレベルからトップアスリートまでを含む) 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 の作成、あるいはその指導
- F. その他 (下記に記入)

--