

平成24年度公益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

※

※の欄には何も記入しないでください。

記入日：平成24年 月 日

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。×〇〇県陸上競技協会 ○日本陸上競技連盟			※	顔写真貼付 3ヶ月以内に 撮影したもの (4cm×3cm) *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)。
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	〒 ー 都・道・府・県				
	TEL		FAX		
	E-mail				
勤 務 先	名称				
	〒 ー 都・道・府・県				
	TEL		FAX		
	E-mail				
臨床面 での専門	主たる診療科目を別紙診療科目IDでご記入ください。その他診療可能科目を2つまで同様にご記入下さい。 主たる診療科目ID() その他診療可能科目ID(,) 「その他」を選択した方は具体的な診療科名称を以下にご記入ください () (,)				
専門 スポーツ	主に携わっているスポーツ種目3つを別紙記載の種目IDでご記入ください。 専門種目ID (, ,)				
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)