

【第17回医科学研究会】 お申し込みフォーム

※必須項目

氏名※

ふりがな※

メールアドレス※

電話番号

所属チームor団体（学生、社会人）※

所属での役割（ドクター、トレーナー等）※

ご専門

勤務先（専門学校、大学、会社名）

「第10回ドクターとトレーナーの集い」への参加有無（参加費1,000円）※

参加する                      参加しない

「第10回ドクターとトレーナーの集い」の際に簡単な名簿を用意しますが、個人情報を記載して良いでしょうか※

記載して良い                      記載しないで欲しい

お弁当（1,000円・当日別途徴収予定）※

いる                                  いない

ご意見、ご要望等

お手数ではございますが下記の連絡先にFAXにてお申し込み用紙をご送信お願い申し上げます。

送信先 日本アメリカンフットボール協会

F A X      0 3 - 3 4 5 0 - 9 3 6 1