※大阪府医師会館　来場受講（サテライト会場）用申込書

◎大阪府医師会 地域医療２課行（ＦＡＸ：０６－６７６５－３７３７）

日本医師会主催　第 36 回（令和６年度）健康スポーツ医学講習会
【前期】【後期】

＊受講資格は日医認定健康スポーツ医を希望する医師のみです。
既に日医認定健康スポーツ医資格のある医師は対象外です。また、以下①～④の方は、初回新規申請時の１回に限り、講習会の受講（前期・後期）が免除されます。）

①日本整形外科学会認定スポーツ医（ただし、認定番号 4001 番以上の医師に限ります）
②日本整形外科学会スポーツ医学研修会総論修了者
③日本スポーツ協会公認スポーツドクター
④日本スポーツ協会公認スポーツドクター養成講習会基礎科目修了者

①受講希望：　**【前期】のみ**　　**【後期】のみ**　　**【前期】【後期】の両方**

（※ご希望されるものを〇で囲んでください）

＊前期・後期ともに部分的な受講は認められておりません。必ず２日間全講座をご受講ください。

（ふりがな）

②名　　前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③医籍番号：

④医籍登録年月日：（西暦）＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

⑤日本医師会会員確認：☐ 会　員　・　☐ 非 会 員（※いずれかを必ずチェック）

⑥所属地区医師会名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師会

⑦医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒
（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(TEL)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(FAX)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　必要事項をご記入の上、**【前期】10 月 25 日(金)までに、【後期】11 月 15 日(金)までに、大阪府医師会地域医療２課へＦＡＸ（06－6765－3737）**にてお申し込みください。
※　２日間全てのカリキュラムを受講された方に修了証を交付します。