第1回OSRスポーツコンディショニングセミナー
～ 参 加 申 込 書 ～

申込日　　月　　日

ふりがな			
名前			
住所	〒		
電話番号		E-Mail	
性別	男性　・　女性	年齢	歳
所有資格 または 所属分類	□ 理学療法士　□ 柔道整復師 □ 作業療法士　□ 鍼灸師 □ アスレティックトレーナー　□ インストラクター □ 健康運動指導士　□ 健康運動実践指導者 □ パーソナルトレーナー　□ 教員 □ その他 （　　）		
当セミナーは どこで 知りましたか？	□ 大場整形外科にて □ トレーナーズ協議会にて □ その他		

※本申込書にていただいた個人情報は、当セミナー以外の目的で利用及び第三者への情報提供は行いません
※本申込書にて申込みされる場合は右下宛にFAXまたは郵送でお申込み下さい
※申し込みは本申込書または下記のURL・バーコードからお申し込みが可能です
http://goo.gl/forms/P5LqhJJbrr

(医)大場整形外科
第1回OSRスポーツコンディショニングセミナー事務局　宛
〒870-0165　大分県大分市明野北1-1-11
TEL 097-556-1311
FAX 097-556-1375　　担当：河野　・　高司