

日本スポーツ精神医学会認定

第7回 メンタルヘルス運動指導士・指導員資格認定講習会

参加申込書

福岡大学医学部精神医学教室 横山浩之宛

Fax: 092-863-3150

※印は必須項目です

記入日: 年 月 日

※フリガナ	
※氏名	(性別) 男性 ・ 女性
※生年月日(西暦)	年 月 日

※フリガナ	
※自宅住所	〒
※自宅電話番号	— —
自宅FAX番号	— —
※電子メールアドレス	@

※所属先名称	
部署	
役職	
※職種	医師の場合: 精神保健指定医 有 ・ 無
※経験年数	年
※所属先住所	〒
※所属先電話番号	— —
※所属先FAX番号	— —

いずれかに○をお付けください

※会員種別	学会員番号() ・ 非学会員
※資格申請	指導士 ・ 指導員 (申請希望 ・ 申請予定なし)

※郵便物郵送先 いずれかに○を付けてください。 自宅 ・ 職場

受付番号	
------	--

◎参加申込の締切は、8月10日(水曜)までに上記までFAXをお願いいたします。

送付先:

お問い合わせ先: 〒814-0180 福岡県福岡市城南区七隈7-45-1

福岡大学医学部精神医学教室 横山宛

Fax: 092-863-3150 もしくは【E-mail】 cstyokoyama@fukuoka-u.ac.jp

