第３２回奈良県スポーツ医・科学研究会
奈良トレーニングセミナー２０１９
個　人　参　加　申　込　書

下記のとおり、参加を申し込みます。

フリガナ	
氏　名	
自宅住所	〒
（TEL）	
所　属 または 勤務先	
（TEL）	
証明書発行 希望	義務研修として受講し、証明書の発行を 希望する　・　希望しない ※○で選択してください。なお、希望する場合は、 別途１，０００円の発行料を当日徴収いたします。
資　格 その他 （競技名等）	※日スポ協公認の資格をお持ちの方は登録番号を （　）内に記入してください （　　）

平成３１年１月３１日（木）までにご返信ください。

ＦＡＸ送信先　０７４２－２２－５７９５（公益財団法人奈良県体育協会）