

大分県サッカー協会医学委員会  
委員・協力会員 申込書

(希望に○印お願い致します)

申込書送信先  
大分県サッカー協会医学委員会事務局

アドレス jimukyoku@ohba-clinic.com

(FAX 097-556-1375)

申込日 年 月 日

(ふりがな)		
氏名		
(郵便番号)		
住所		
携帯番号		
メールアドレス		
職種		
救護員資格	有・無	
	内容	
他スポーツ、医学に係わる資格		
備考	その他、ご希望などあればお書き下さい _____ _____ _____	