

# ※大阪府医師会館 座学受講用申込書

◎大阪府医師会介護福祉課行（FAX：06-6765-3737）

## 日本医師会主催 第37回（令和7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**

11/2(日)・11/3(月・祝) 2/22(日)・2/23(月・祝)

（※ご希望されるものを○で囲んでください）

**\* 前期・後期ともに部分受講（遅刻・早退）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】【後期】令和7年10月24日(金)までに、大阪府医師会介護福祉課へFAX（06-6765-3737）にてお申し込みください。**

※ MAMIS に受講実績が登録されます（2週間を目安に登録予定）。  
これにより、終了証（紙）のお渡しはございません。