《様式１》

スポーツ医事・トレーニング相談事業電話ＦＡＸ相談依頼書

　令和　年　　月　　日

公益財団法人福島県体育協会長　様

　　このことについて、下記の通り相談いたします 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 |  | | 男・女 | 歳 | 職業･ 学年 |  |  |
| 住　所 |  | | ＴＥＬ | | ＦＡＸ | |
| スポーツ・競技名 | |  | | | スポーツ歴 　 年 | |
| 相談内容（本人・代理者）  　　　　　　　　　　相談先 (公財)福島県体育協会 TEL 024-521-7896 FAX 024-521-7971 | | | | | | |
| 所見・アドバイス | | | | | | |
| 相談員　　　　　　　　　 　　　　回答日時 令和　　年　　月　　日 ： | | | | | | |

送信先　FAX番号　(024) 521 – 7971 （添書不要）