《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）