＜様式３＞

スポーツ医事・トレーニング相談実績報告書

　　公益財団法人　福島県スポーツ協会長　様

|  |
| --- |
| １　相　談　員 |
| ２　日　　　時　　令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　　： |
| ３　場　　　所 |
| ４　対象・人数 |
| ５　事業内容 |
| ６　事業実施しての感想 |

※「スポーツ医事・トレーニング相談事業　講師体調確認表」（写）も併せて提出ください。

 　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　報告者

* **実施後２週間以内を目安に、メールでの提出をお願いします。その際、活動の様子がわかる写真（３～５枚）をデータで添付してください。**

**送信先 福島県スポーツ協会　E-mail abe\_hitoshi\_01@pref.fukushima.lg.jp**