**〈様式１〉**

スポーツ医事・トレーニング相談事業派遣申込書

 　令和　年　　月　　日

公益財団法人福島県スポーツ協会長　様

　このことについて、下記の通り申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申込団体名（担当者氏名） |  |
| 連絡先 | 電話： |
| E-mail: |
| 希望日時 | 第１希望　　　月　　日（　）　　　：　　　～　　　： |
| 第２希望　　　月　　日（　）　　　：　　　～　　　： |
| 第３希望　　　月　　日（　）　　　：　　　～　　　： |
| 希望会場 |  |
| 内　容 |  |
| 参加の対象 |  |
| 参加者数 |  |
| 希望する相談員※希望がある場合は記入 | 相談員の内諾（　有　・　無　） |
| その他 |  |

* 講師・日程等の決定後〈様式２〉「スポーツ医事・トレーニング相談事業派遣依頼書」を郵送ください。

送信先　FAX番号　(024) 521 – 7971 （添書不要）

E-mail shougai@sports-fukushima.or.jp