

FAX送信票

平成29年度 スポーツ・健康・体力相談会申込書



公益財団法人岐阜県体育協会 スポーツ診療所(スポーツ科学センター内) 行き  
Fax 058-295-6306 (担当:川口)

■相談日時、対象者

	日	時	対象者	担当医師
	8月19日(土)	13:30から15:30	全てのアスリート	西本 裕 医師
	8月26日(土)	13:30から15:30	女性アスリート	志賀 友美 医師



希望する相談日に○印を付けてください  
相談日の一週間前までに申し込んでください

■定 員 4名

■相談者氏名

氏 名	競技種目	性別	住所・電話番号等
		男 女	〒 _____ 住所 (TEL _____)

■相談者が中学生以下の場合に引率される方の氏名

氏 名	本人との関係	住所・電話番号等
		〒 _____ 住所 (TEL _____)

■主な相談内容 (記入できる範囲の内容で記入ください)

- ※ 相談は全て予約制とします。
- ※ ファックスで申し込んでください。
- ※ 折り返しスポーツ科学センターから電話による申し込み確認後、予約が完了します。
- ※ 申し込み者が多数の場合は先着順とします。