

# 同 意 書

公益財団法人岐阜県スポーツ協会

会 長 田 口 義 隆 様

公益財団法人岐阜県スポーツ協会が主催する、令和4年度  
スポーツ診療所アスリート健康相談会の参加に同意します。

令 和 年 月 日

相談者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 相談者が高校生以下または、18歳未満の場合は、同意書を提出してください。