**青森県立中央病院　リハビリテーション科内**

**青森市野球肘検診担当 佐藤英樹　行**

**Fax：017-726-1885　E-mail: hideki73@med.pref.aomori.jp**

**青森市野球肘検診申し込み**

**チーム名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**代表者名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※当日引率する監督・保護者代表などの連絡先を以下にご記入下さい。**

**氏　名：**

**電話番号：　　　　　　　　　　　FAX番号：**

**Eメールアドレス：**

**肘検診時間の連絡を**

**（FAX ・ Eメール）で希望します。**

**（どれか1つに◯をおつけて下さい）**

**※Eメールは携帯メール（@docomo.ne.jpなど）には連絡できない場合がありますので，携帯メールをご希望の場合は電話番号の記載をお願いいたします。**

**※野球肘検診に対するご質問・ご意見などございましたら下記にご記載ください。**

**青森市野球肘検診希望時間帯：**

**11月25日（土）**

1. **9:30 ~ 10:15　（受付9:00から）**
2. **10:15 ~ 11:00　（受付9:45から）**
3. **11:00 ~ 11:45　（受付10:30から）**
4. **13:30 ~ 14:15　（受付13:00から）**
5. **14:15 ~ 15:00　（受付13:45から）**
6. **15:00 ~ 16:15　（受付14:30から）**

**11月26日（日）**

1. **9:30 ~ 10:15　（受付9:00から）**
2. **10:15 ~ 11:00　（受付9:45から）**
3. **11:00 ~ 11:45　（受付10:30から）**
4. **13:30 ~ 14:15　（受付13:00から）**
5. **14:15 ~ 15:00　（受付13:45から）**
6. **15:00 ~ 16:15　（受付14:30から）**

**※いずれかに◯をおつけ下さい。**

**※　個人参加の場合は人数を調整して割り振りいたします。**

**※　参加チーム数・人数などにより開始時間の変更や希望通りの時間にならない**

**ことがありますので，予めご了承下さい**

**次のページに参加者氏名のご記入をお願いします。**

**検診希望者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **フリガナ** | **学年** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |

**※枠が足りない場合はコピーをしてご使用ください。**