**青森県スポーツドクターの会　事務局　　弘前大学医学部整形外科**

**弘前市野球肘検診担当 佐々木規博 行**

**Fax：0172-36-3826　E-mail: namhsasaki@gmail.com**

**弘前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、必ず連絡が取れる連絡先を**

**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

（　電話　・　FAX　・　Eメール）で希望します。

（どれか1つに◯をつけて下さい）

※野球肘予防教室に対する質問・ご意見などありましたら下記に記載して下さい

**青森県スポーツドクターの会　事務局　弘前大学医学部整形外科**

**弘前市野球肘検診担当　佐々木規博　行**

**Fax：0172-36-3826 E-mail: manhsasaki@gmail.com**

**11月24日（日） 弘前市野球肘検診**

**肘検診希望時間帯：①　9:00 ~ 10:30　（受付8:30から）**

**② 10:30 ~ 12:00　（受付10:00から）**

**③　12:00 ~ 13:30　（受付11:30から）**

**※いずれかに◯をつけて下さい。**

**（検診参加人数の関係で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、**

**ご了承下さい）**

**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** |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　※枠が足りない場合はコピーして使用して下さい。