**青森県スポーツドクターの会　青森労災病院 整形外科**

**五所川原地区野球肘検診担当 前田 周吾　行**

 **FAX: 0178-33-3277　 E-mail：maechin@ta3.so-net.ne.jp**

**令和6年度　五所川原地区野球肘検診申し込み**

チーム名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

代表者名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※　個人の場合は省略

**※チームで申し込みの場合は、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：**

**メールアドレス：**

肘検診時間の連絡を

（　メール　・　FAX　）　で希望します。（どちらか1つに◯をつけて下さい）

※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，携帯メール以外の記載をお願いいたします。

**野球肘検診に対する質問・ご意見などありましたら下記に記載して下さい**

**青森労災病院 整形外科内**

**五所川原地区野球肘検診担当 前田 周吾　行**

 **FAX: 0178-33-3277　 E-mail：****maechin@ta3.so-net.ne.jp**

**五所川原地区野球肘検診　希望時間帯：**

**12月14日 （土） ※いずれかに◯をつけて下さい。**

1. **9:45　～　10:45　（受付　9:30から）**
2. **10:45　～　11:45　（受付10:30から）**
3. **13:00　～　14:00　（受付12:45から）**
4. **14:00　～　15:00　（受付13:45から）**

**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して使用して下さい。