**青森県立中央病院整形外科医局**

**青森地区野球肘検診担当 佐藤英樹　行**

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

**青森地区野球肘検診申し込み**

**チーム名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**代表者名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※当日引率される監督・保護者代表などの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**

**（FAX ・ Eメール）で希望します。**

**（どちらか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をご記載ください。**

**※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。**

**青森地区野球肘検診希望時間およびストレッチング指導の希望**

**ストレッチング指導を　　希望する・希望しない**

 **※いずれかに○をおつけください。**

**11月22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24日（月）**

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◯をおつけください。**

**※　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**

**次から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** |  |  |  |

**診希望者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **フリガナ** | **学年** |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |
| **24** |  |  |  |
| **25** |  |  |  |
| **26** |  |  |  |
| **27** |  |  |  |
| **28** |  |  |  |
| **29** |  |  |  |
| **30** |  |  |  |
| **31** |  |  |  |
| **32** |  |  |  |
| **33** |  |  |  |
| **34** |  |  |  |
| **35** |  |  |  |
| **36** |  |  |  |
| **37** |  |  |  |
| **38** |  |  |  |
| **39** |  |  |  |
| **40** |  |  |  |

**診希望者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **フリガナ** | **学年** |
| **41** |  |  |  |
| **42** |  |  |  |
| **43** |  |  |  |
| **44** |  |  |  |
| **45** |  |  |  |
| **46** |  |  |  |
| **47** |  |  |  |
| **48** |  |  |  |
| **49** |  |  |  |
| **50** |  |  |  |
| **51** |  |  |  |
| **52** |  |  |  |
| **53** |  |  |  |
| **54** |  |  |  |
| **55** |  |  |  |
| **56** |  |  |  |
| **57** |  |  |  |
| **58** |  |  |  |
| **59** |  |  |  |
| **60** |  |  |  |

**※枠が足りない場合はコピーをしてご使用ください。**