**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**

**指導者講習会申し込み**

チーム名：（　　　　　　　　　　　　　　　）

代表者名：（　　　　　　　　　　　　　　　）

**※当日、必ず連絡が取れる連絡先をご記入下さい。**

**参加者代表者氏名：**

**電話番号：**

**FAX番号（任意）：**

**Eメールアドレス：**

※野球肘指導者講習会に対する質問・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：namhsasaki@gmail.com**

**参加希望者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **フリガナ** | **役職（監督・コーチ・**  **保護者など）** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　※枠が足りない場合はコピーして使用して下さい。