**青森県スポーツドクターの会　青森労災病院 整形外科**

**十和田市野球肘検診担当 前田 周吾　行**

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

**十和田地区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**

**十和田市野球肘検診担当 前田 周吾　行**

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

**十和田市野球肘検診希望時間帯：**

**２月20日（日） ※いずれかに◯をつけて下さい。**

**①　　9:00　～　 10:00　（受付8:45から）**

**②　　10:15　～　11:15　（受付10:00から）**

**③　　11:30　～　12:30　（受付11:15から）**

**④　　13:45　～　14:45　（受付13:30から）**

**⑤　　15:00　～　16:00　（受付14:45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**

**！ 個人参加の場合は、人数を調整して割り振らせていただきます。**

**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。