**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**

**令和4年度　十和田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：**

**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）

※電話をご希望の際には，連絡が可能な時間帯の記載を以下にお願いします。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※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，携帯メールの場合には電話番号の記載もお願いいたします。

**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**

**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：**

**12月10日（日） ※いずれかに◯をつけて下さい。**

**①　　　9:00　～　10:30　（受付　8:45から）**

**②　　10:30　～　12:00　（受付10:15から）**

**③　　13:00　～　14:30　（受付12:45から）**

**④　　14:30　～　16:00　（受付14:15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。