

**競技力向上推進本部 マルチコンディショニングサポート事業**  
**1 スポーツ選手医・科学相談 及び 2 医・科学サポートスタッフ派遣**  
**本申込書**

送付先

公益財団法人千葉県スポーツ協会

E-mail y.tmng11@pref.chiba.lg.jp

FAX 043-207-8276

**申込期限 原則実施1カ月前**  
 (関ブロ・本大会は選考会議後1週間以内)

実施日												
競技団体名												
用途		1 スポーツ選手 医・科学相談	能力測定・障害相談・ドーピング防止講習・栄養相談・歯科相談・メンタル相談									
		2 医・科学サポート スタッフ派遣	強化練習・強化合宿/遠征・関東ブロック大会・本大会									
NO	種別	講師 帯同者 氏名	性別	年齢	所属名(勤務先)	所属先住所 又は 自宅住所	連絡先	メールアドレス	派遣日・期間	参加 予定人数	派遣先会場	派遣会場住所
1												
2												
3												
4												
5												

**○本申込締め切り 原則、派遣日の1カ月前まで**  
**●講師・帯同者が決まっていない場合には未定と記入**

**注意事項**

- ①本申込は基本的に事前希望表を申込みいただいた競技団体に限ります。事前希望表申込みをしていない場合には、問い合わせ先までご連絡ください。
- ②本申込は派遣期間の1カ月前、関東ブロック大会及び本大会の帯同申込については、選考会議後1週間以内にご提出ください。
- ③1枚の申込用紙で5名までご記入いただけます。足りない場合には、2枚目をご使用ください。

記載責任者		
責任者連絡先 (TEL/アドレス)		

**競技力向上推進本部 マルチコンディショニングサポート事業**  
**1 スポーツ選手医・科学相談 及び 2 医・科学サポートスタッフ派遣**  
**本申込書**

実施する日にちを記入してください。

送付先  
 公益財団法人千葉県スポーツ協会  
 mail y.tmng11@pref.chiba.lg.jp

FAX 043-207-8276

**申込期限 原則実施1カ月前**  
 (関ブロ・本大会は選考会議後1週間以内)

実施日 **2024年 〇月〇〇日**

競技団体名 **〇〇〇〇 競技**

用途  
 1 スポーツ選手 医・科学相談 **能力測定 / 依頼する用途を〇で記入ください。** 歯科相談 / メンタル相談  
 2 医・科学サポート スタッフ派遣 **強化練習** ・ 強化合宿／遠征 ・ 関東

派遣文書を帯同者の方に通知するため、  
 派遣日・期間は正確にご記入ください。

NO	種別	講師 帯同者 氏名	性別	年齢	所属名(勤務先)	所属先住所 又は 自宅住所	連絡先	メールアドレス	派遣日・期間	予定人数	派遣先住所
1	成年男子	〇〇 〇〇	男	〇〇	〇〇 整形外科	千葉市中央区市場町1-1	000-0000-0000	〇〇〇@gmail.com	〇月〇日~〇月〇日	〇〇人	千葉県総合スポーツセンター 千葉市稲毛区天台町323
2											
3											
4											
5											

帯同者の方の氏名・性別・年齢・所属先・住所  
 を正確にご記入ください

帯同者の方に直接ご連絡しますので、  
 連絡先・メールアドレスは必ずご記入ください。

競技団体の申込者の氏名・連絡先・  
 メールアドレスをご記入ください。

**〇本申込締め切り 原則、派遣日の1カ月前まで**  
**●1カ月前までに派遣者が決まっていな**  
**者まで御連絡ください。**

注意事項  
 ①本申込は基本的に事前希望表を申込みいただいた競技団体に限ります。事前希望表申込みをしていない場合には、問い合わせ先までご連絡ください。  
 ②本申込は派遣期間の1カ月前、関東ブロック大会及び本大会の帯同申込については、選考会議後1週間以内にご提出ください。  
 ③1枚の申込用紙で5名までご記入いただけます。足りない場合には、2枚目をご使用ください。

記載責任者 **〇〇 〇〇**  
 責任者連絡先 (TEL/アドレス) **000-0000-0000 (TEL)** **〇〇〇@gmail.com (メールアドレス)**