２０１９年度　名古屋市及び近隣市町村少年軟式野球検診＜申込書＞

例年に引き続き，肩・肘の障害予防ための検診を，愛知医科大学病院，名古屋市立大学病院，名古屋大学医学部附属病院において実施する運びとなりました（参加費用は昨年同様1人当たり1000円です。）

今年度の日程が決定致しましたので，希望されるチームはこの申込書をＦａｘまたはメールで

お送り下さい。

記

１．要２次検診者の通院を考慮し，名古屋市内及び近郊のチーム（４，５，６年生）に限定します。

２．今年度の検診は，午前の部（8:30～12:30），午後の部（13:00～16:30）の２部制、または病院によっては一日の中で３部制に分かれる可能性があります。※時間帯の振り分けは各医療機関に委ねます。

３．受診日時，会場，病院担当者および連絡先は，後日記入いただいたチーム責任者宛に連絡致します。

４．病院担当者から連絡の取れるチーム責任者情報，ならびに受診希望日，対象人数を記入して下さい。

希望日が集中した場合の調整のため，必ず第３希望までご記入下さい。

５．この申込書をＦａｘまたはメールでＪＢＬＡ事務局までお送り下さい。

※締め切り　2019年10月末日

↓　Ｆａｘの場合文字がつぶれるため，大きく正確に書いてください。　↓

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| チーム名 | |  | | | | | |
| 連絡　　責任者 | 氏名 |  | | | | | |
| 郵便番号 | 〒　　　 　　　　－ | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| Ｍａｉｌ |  | | | | | |
| Ｆａｘ | －　　　　　　　　　　－ | | | | | |
| 携帯 | －　　　　　　　　　　－ | | | | | |
| 参加選手の人数 | | ４年 | ５年 | | ６年 | | 合計 |
| 名 | 名 | | 名 | | 名 |
| 受診希望日  ↓下記候補日から選択↓ | | 第１希望 | | 第２希望 | | 第３希望 | |
| 月　　日 | | 月　　日 | | 月　　日 | |

【検診候補日】　　　2019年　：　12/15（日），12/22（日）

2020年　：　 1/12（日）， 1/13（月祝），1/19（日）

予備日：　　2/１１（火祝） or 16(日)

２０１９年１０月１日

ＪＢＬＡ　事務局長　山本　次雄

Ｆａｘ　052-793-9172

Ｍａｉｌ　tugio.y@viola.ocn.ne.jp