

「成長期のスポーツ障害予防・指導者講習会」  
参加申込書

年 月 日

所属支部名（チーム活動場所の区市町村名）			
①	所属チーム名	お名前（ふりがな）	年齢
	ご住所 〒	携帯番号	
	公認コーチ・指導員のライセンス保持者 管理番号		
②	所属チーム名	お名前（ふりがな）	年齢
	ご住所 〒	携帯番号	
	公認コーチ・指導員のライセンス保持者 管理番号		
③	所属チーム名	お名前（ふりがな）	年齢
	ご住所 〒	携帯番号	
	公認コーチ・指導員のライセンス保持者 管理番号		

※アンケート（東連事務局内のみで使用します。）  
お申込みいただいたチームが所属している各区市町村連盟より、本講習会の案内はありましたか？

あり ・ なし

回答期限：12月15日（金）必着

回答先：FAX 03-5373-8601