**（一財）大阪府バスケットボール協会医科学委員会**

**メディカルチェック FAX申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **◎ 連絡先住所** | 〒　　　　　　　　― |
| * **担当者氏名**
 | ふりがな |
| **◎ 電話番号** | （　　　　　　　　）　　　　　　　　－ |
| **◎ 学校名****チーム名** |  |
| **◎ 連絡用****メールアドレス** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　**＠** |
| **※ 日程調整等で連絡をさせて頂きますので、　携帯電話等のアドレス記入の方は、****本アドレスの受信拒否設定を解除にしておいて下さい****【** **ikagaku@osakabasketball.jp** **】** |
| **◎ 予定人数** | **※ １回の測定には、３０名以上を集めて下さい****名　　 　　　　同チームでなくても可、性別混合 可** |
| **◎ 会場** |  |
| * **希望日程**
 | **第１希望　　　月　　　日、　　第２希望　　　月　　　日****第３希望　　　月　　　日、　　第４希望　　　月　　　日** |

**※1　郵送物発送、緊急連絡をとる場合や確認事項等がありますので、各項目必ずご記入下さい。**

**※2　メール申込みの場合 件名に『メディカルチェック申込』と入力し、本文に上記◎項目を入力ご送信下さい。**

**※3　「申込書」に記載された情報は、本事業を円滑に運営する為に活用するものであり、目的外の使用は**

**致しません。**

＜送付先＞

**（一財）大阪府バスケットボール協会 事務局　　TEL 06 – 6945 - 5601**

**FAX　06 – 6945 - 5602　　　メールアドレス****ikagaku@osakabasketball.jp**