**スポーツ協会FAX:０８３－９０１－４０６４**

**平成３０年度障害者スポーツ医科学サポート相談会参加申込み**

**所属名　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**所属連絡先住所（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　　名** | **連絡先**  **（電　話）** | **〒**  **住　　　　所** |
| **１** |  |  | **〒** |
| **２** |  |  | **〒** |
| **３** |  |  | **〒** |
|  |  |  | **〒** |
|  |  |  | **〒** |

**（個人情報は、本相談会の開催に関わる事業に限定して使用させて頂きます）**

Email:　webmaster@syospo-yamaguchi.jp

　締め切り：平成３０年１２月７日(金）