

FAX送信票

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担当		富永 泰教 宛
e-mail		y.tmng11@pref.chiba.lg.jp
FAX番号（メールでの提出が難しい場合のみ）		043-207-8276

令和5年度 マルチコンディショニングサポート事業希望表

提出期限 5月31日(水)

競技団体名	ご担当者名	連絡先携帯番号
-------	-------	---------

質問	競技団体内における医・科学委員会の設置の有無	有	無	←どちらかに○をして下さい。
----	------------------------	---	---	----------------

1 スポーツ選手医・科学相談 希望 する しない ←どちらかに○をして下さい。

(基礎能力測定・栄養相談・傷害相談・ドーピング防止啓発講習) 対象: 国民体育大会候補選手・ちばジュニア強化事業参加者

希望期日 未定の場合は 「〇月頃」でも 可	内 容 (希望する内容に○)						会 場 (該当する番号に○)	参加予定人数 (概算で結構です)	派遣 方法 A: 指定 B: 一任	トレーナー等派遣希望者 (トレーナー等の派遣方法がA(指定)の場合のみ記入)			備考(要望等)
	能力測定	障害相談	ドーピング 防止 啓発講習	栄養相談	歯科相談	メンタル 相談				種 別 ※1	氏 名	所 属	
							1 県スポーツ科学センター 2 その他()						
							1 県スポーツ科学センター 3 その他()						
							1 県スポーツ科学センター 4 その他()						
							1 県スポーツ科学センター 5 その他()						

※ 期間 国民体育大会候補選手: 原則として県体二部～国体終了時までの期間 ちばジュニア強化事業参加者: 年間通していつでも可

※ 1 派遣種別は トレーナー、栄養士、薬剤師、スポーツデンティスト(スポーツ歯科医師)、メンタルトレーナー等
上記以外の種別の方を派遣希望する場合には事前に連絡をお願いします。

2 医・科学サポートスタッフ派遣 希望 する しない ←どちらかに○をして下さい。

希望期日 未定の場合は 「〇月頃」でも 可	内 容 (実施内容に○、その他の場合は 内容を具体的に記入)	会 場	参加予定人数 (概算で結構です)	派遣 方法 A: 指定 B: 一任	トレーナー等 派遣希望者 (トレーナー等の派遣方法がA(指定)の場合のみ記入)			備考(要望等)
					種 別 ※1	氏 名	所 属	
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							
	強化練習・強化合宿・その他()							

※ 1 派遣種別は トレーナー、栄養士、薬剤師、スポーツデンティスト(スポーツ歯科医師)、メンタルトレーナー等
上記以外の種別の方を派遣希望する場合には事前に連絡をお願いします。