

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	和志武 勇士 宛
e-mail	<a href="mailto:y.wshtk2@pref.chiba.lg.jp">y.wshtk2@pref.chiba.lg.jp</a>
FAX番号 (メールでの提出が難しい場合のみ)	043-207-8276

## 令和7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30日(金)

競技団体名	担当者名	連絡先携帯番号 (TEL/メールアドレス)	
-------	------	--------------------------	--

<b>質問</b>	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・スポーツ障害相談・ドーピング防止啓発講習・栄養相談等) 対象: 国民スポーツ大会候補選手・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	種 別 ※1	講師等派遣希望者 (講師等の派遣方法がA(指定)の場合のみ記入)			備 考 (要望等)
	能力測定	スポーツ 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					氏 名	所 属	メールアドレス	
							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 2 その他( )							
							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 2 その他( )							

※ 期間 国民スポーツ大会候補選手: 原則として県スポ二部～国スポ終了時までの期間 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、スポーツファーマシスト、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	医・科学サポートスタッフ等派遣希望者 (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	メールアドレス	
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								

※ 1 派遣種別は ドクター、トレーナー、栄養士、スポーツファーマシスト、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 関東ブロック・本大会の帯同ドクター・トレーナーは選考会議での選考後に正式決定となります。

※ 3 強化練習・強化合宿の派遣は原則一競技団体最大20回までとなります。それ以上の派遣に関しては、競技団体からの派遣費の支給をお願いします。

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	〇〇 〇〇 宛
e-mail	<a href="mailto:〇〇〇〇@pref.chiba.lg.jp">〇〇〇〇@pref.chiba.lg.jp</a>
FAX番号 (メールでの提出が難しい場合のみ)	043-207-8276

## 令和7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30日

競技団体名	〇〇〇〇 競技	ご担当者名	〇〇 〇〇	連絡先携帯番号 (TEL/メールアドレス)	000-0000-0000 (TEL)	〇〇〇@...
-------	---------	-------	-------	--------------------------	---------------------	---------

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

競技団体の申込者の氏名・連絡先・メールアドレスをご記入ください。

1 スポーツ選手医・科学相談	希望	<input checked="" type="radio"/> する	しない	←どちらかに○をして下さい。
----------------	----	-------------------------------------	-----	----------------

(基礎能力測定・スポーツ障害相談・ドーピング防止啓発講習・栄養相談等) 対象: 国民スポーツ大会候補選手・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 (希望する項目に○を記入してください。)						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	種 別 ※1	講師等派遣希望者 (講師等の派遣方法がA(指定)の場合のみ記入)			備考(要望等)
	能力測定	スポーツ障害相談	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					氏 名	所属	メールアドレス	
9月7日(日)			○				1 県スポーツ科学センター 2 その他( 〇〇競技場 第1会議室 )	40人	A	国スポ候補全種別	〇〇 〇〇	〇〇薬局	〇〇〇@...	
12月14日(日)	○						1 県スポーツ科学センター 2 その他( )	15人	B	ちばジュニア				能力測定後に障害相談希望
12月14日(日)		○					1 県スポーツ科学センター 2 その他( )	15人	A	ちばジュニア	〇〇 〇〇	〇〇整形外科	〇〇〇@...	
							1 県スポーツ科学センター 2 その他( )							

依頼する用途を○で記入ください。

派遣を一任する場合は空欄にしてください。

帯同者の方に直接ご連絡しますので、メールアドレスは必ずご記入ください。

※ 期間 国民スポーツ大会候補選手: 原則として県スポ二部～国スポ終了時までの期間 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、スポーツファーマシスト、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	<input checked="" type="radio"/> する	しない	←どちらかに○をして下さい。
------------------	----	-------------------------------------	-----	----------------

現在の予定で構いませんので、分かっている範囲でご記入ください。変更される場合には担当者への連絡をお願いします。

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	医・科学サポートスタッフ等派遣希望者 (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	メールアドレス	
7月14日・21日	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )	〇〇競技場	30人	A	全種別	〇〇 〇〇	〇〇整形外科	〇〇〇@...	
7月27日～28日	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )	〇〇県 〇〇競技場	30人	A	成年男子	〇〇 〇〇	〇〇接骨院	〇〇〇@...	
7月16日～18日	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )	〇〇県 〇〇競技場	16人	A	成年男子	〇〇 〇〇	〇〇接骨院	〇〇〇@...	
10月5日～8日	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )	〇〇県 〇〇競技場	16人	A	成年男子	〇〇 〇〇	〇〇接骨院	〇〇〇@...	
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								
	強化練習・強化合宿/遠征・関ブロ・本大会・その他( )								

希望回数が多く、1枚で収まらない場合には、コピーしていただき、2枚目に記入し、御提出をお願いいたします。

※ 1 派遣種別は ドクター、トレーナー、栄養士、スポーツファーマシスト、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 関東ブロック・本大会の帯同ドクター・トレーナーは選考会議での選考後に正式決定となります。  
 ※ 3 強化練習・強化合宿の派遣は原則一競技団体最大20回までとなります。それ以上の派遣に関しては、競技団体からの派遣費の支給をお願いします。