アスリートクリニック（小中学生対象）申込書

1. **個人申込み**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加者情報 | （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日（年齢） | 平成・令和　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 学年 | 小・中学　　　　学年 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 |  |
| 保護者名 | （参加者との関係：　　　　　　　　　　　　　　　） | |

1. **団体申込み**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 団体住所 |  | | |
| 連絡先 |  | | |
| ♦参加者情報♦ | | | |
| （ふりがな）  氏名 | 生年月日  （年齢） | 学年  （小・中） | 住所 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| 氏名  （ふりがな） | 生年月日  （年齢） | 学年  （小・中） | 住所 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |
| （　　　　　　） | 平成・令和  年　　月　　日（　　歳） | 学年  （小・中） | 〒 |

※個人情報の取り扱いについて

２枚目

　　 ご記入いただいた個人情報は、当事業の運営及び個々に対する保険のみ使用し、適切に管理いたします。

◎申込期限：令和７年８月２９日（金）まで

◎申込先：鳥取県地域社会振興部スポーツ振興局スポーツ課

ファクシミリ：０８５７－２６－８１２９　電子メール：sports@pref.tottori.lg.jp