**メンタルサポート 予約票**

下の二重線内に記入または入力いただき、提出してください（メール・FAX・郵送可）。

選択する場所は、削除、または、〇印を記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **団体名** | 競技種目 |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　 |
| **氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：　 　　/ /　 　 、　　　歳）**（生年月日は、利用する本人（団体の場合、指導者の方）の生年月日で登録しますので、ご記入ください。） |
| 連絡先住所　〒 |
|  TEL | 自宅・勤務先・携帯　　 |  FAX | 自宅・勤務先　　 |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | トレーニング（団体）　　・　　カウンセリング（個人）　　（初回も選択） |
| 内容詳細 | 　 |
|  **利用希望者数**　男性：　 名、女：　　 名、　合計　　　 名（　　　　～　　　　歳） |
| **利用希望日**1. 年　　月　　日

　　　　　　　　　　曜日 | 1. 年　　月　　日

　　　　　　　　曜日 | 1. 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　曜日 |
| **スポーツ医科学サポート補助事業** | 夢チャレンジ・国体候補・新潟ジュニア・地域ジュニア・その他 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  対応ｽﾀｯﾌ |  担当講師 | 講師連絡 | 利用日確定 | 利用日利用者連絡 |
|  　 　　　　月　 　日（　　） |  |  | 　 | 　 | 　 |
| **MEMO** | **２０　　　年****月　　日** | **２０　　　年****月　　日** | **２０　　　年****月　　日** |

**新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター 電話025-287-8806（FAX8807） eﾒｰﾙ：mental@ken-supo.jp**