

2018年度:佐賀県クラブユース(U-15)メディカルマネージャー登録用紙

チーム名: \_\_\_\_\_

チーム所在地 佐賀県 \_\_\_\_\_ 市・町・村

① 代表者氏名: \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ (生年月日: \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 携帯 \_\_\_\_\_

固定電話 \_\_\_\_\_

携帯mail \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

連絡先(電話) \_\_\_\_\_

② メディカルマネージャー氏名: \_\_\_\_\_

※代表者と同じ場合は同上で可

年齢 \_\_\_\_\_ (生年月日: \_\_\_\_\_ )

チーム内での立場 ( 監督・コーチ・保護者・他 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 携帯 \_\_\_\_\_

固定電話 \_\_\_\_\_

携帯mail \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

連絡先(電話) \_\_\_\_\_



2018/3/20  
佐賀県サッカー協会スポーツ医学委員会