令和３年度優秀指定選手メディカルチェックにおける

採血による貧血・栄養検査

国体少年種別・希望調査（回答）

採血によるメディカルチェックの対象となることを

希望します　　・　　希望しません

※いずれかを○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 競技・種別 |  |
| 希望人数 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先（携帯） |  |
| メールアドレス |  |

■提出期限：４月２６日（月）

■提出方法：ＦＡＸ又はメール

ＦＡＸ：097－504－0885　・　メール：[oitaken@japan-sports.or.jp](mailto:oitaken@japan-sports.or.jp)

公益財団法人大分県スポーツ協会　担当（神﨑）

不明な点は、電話又はメールにてお問い合わせください。

ＴＥＬ：097－504－0888　・　メール：上記アドレスと同様