＜別紙様式＞

**提出先：大分県スポーツ協会（担当：押田）**

**ＦＡＸ　０９７－５０４－０８８５（カガミ不要）・メール　oshida-takeshi@oen.ed.jp**

令和４年度スポーツ大分パワーアップ事業

強化拠点医科学サポート「サポートＡ」希望調書

　　　　　拠点強化医科学サポート「サポートＡ」を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |
| 競　技　名 |  |
| 担 当 者 名 |  |
| 連絡先（携帯） |  |
| 担当者（メール） |  |
| サポート希望内容 | ①頻度：月間（週間）のサポート回数  ②トレーナーのサポート内容  （※トレーニング指導、怪我の予防や処置、コンディション管理やリハビリサポート、栄養指導等、具体的に記載してください。） |
| 契約トレーナー等  情報 | ①氏名（個人名若しくは契約会社（団体）名）及び所属情報（住所、連絡先等）      ②資格（ｱｽﾚﾃｨｯｸﾄﾚｰﾅｰ、理学療法士等の資格を記載して下さい） |
| 契約予定金額 | ※総額及び単価（月単位や1日単位又は時間単位等）について、記載願います。 |
| 契約希望期間 | ※原則として、年間を通じてのｻﾎﾟｰﾄが対象となります。 |
| その他、特記事項 | ※契約に含まない、その他のサポート等があれば記載して下さい。 |

**※今年度より、２月末までの実施分を補助対象とします。**

**※３月まで契約をしても大丈夫ですが、３月分については各団体でご負担ください。**

**提出期限：５月９日（月）　※期限厳守でお願いします。**