アンケート調査票

競技団体名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

回答者　氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メール：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※別紙「令和３年度スポーツ医科学サポート事業概要」を確認の上、ご回答願います。
※ジュニア選手の対象範囲は、中・高校生とします。

設問１：令和３年度スポーツ医科学サポート事業への参加を希望しますか。

希望する　・　希望しない　※希望しない場合は、以下の回答は不要

設問２：引率指導者について

氏　名	連絡先	メール

設問３：参加ジュニア選手について（優先順に最大10名まで）

氏　名	年齢	性別	種目・ポジション等