

平成29年度スポーツ医・科学サポート事業  
実施計画書

公益財団法人広島県体育協会 会長様

平成 年 月 日

競技団体名 \_\_\_\_\_

会 長 名 \_\_\_\_\_ (印)

記載責任者氏名 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

項 目	内 容
指導をうける 強化育成選手	中学生 男子 ( ) 名 女子 ( ) 名
	高校生 男子 ( ) 名 女子 ( ) 名
トレーナーの 主たる派遣先	施設（学校）名
	所在地
派遣予定回数 〔原則、前後期通年で 50回を上限とする。〕	前期（4月～9月） _____ 回
	後期（10月～3月） _____ 回
トレーナー 所属・氏名	所 属
	氏 名
	連絡先

※ 競技団体で指定するトレーナーがなく、県体協からの派遣を希望する場合は、トレーナー所属・氏名欄に「派遣希望」と記載してください。