

平成30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。