年　　月　　日

奈　良　県　水　泳　連　盟
理事長　山　本　良　介　殿

競技力向上対策事業　参加調査書

事業名			
団体名		申請責任者	
選手名		選手保護者	
住　所			
電　話		緊急連絡先	
参加します　　・　　参加しません ○印を記入してください。			

【参加しない場合のみ、下記へご記入ください】

上記の者は、下記理由により強化指定事業に参加いたしませんのでお届けします。

不参加理由	----------

＊疾病・故障による場合は、医師の診断書を添付してください。

ＦＡＸ送付先：0743-62-8484　［奈良県水泳連盟事務局］

理事長	強化担当	受理日
		／