

## 選手連絡票

当用紙に記載された事項は、アンチ・ドーピング活動に関する連絡調整に使用いたします。

記載日：平成 年 月 日

フリガナ					年齢
選手氏名					歳
性別	男・女	生年月日	昭・平	年（西暦 年）	月 日
競技名			クラス ポイント ポジション		
住所	〒				
障害内容 （あれば合併症）					
電話番号		携帯電話		FAX番号	
PC mail					
携帯 mail					
職場名称			職場 電話番号		
日中連絡が 取れる電話番号					
障害上の理由などにより、代理人を通じて連絡を取りたい場合は以下にご記入ください。					
代理人氏名				選手との 関係	
代理人住所	〒				
代理人 電話番号			代理人 FAX番号		
代理人 携帯番号			代理人 E-mail		
その他、連絡方法等、連絡を差し上げる際に気をつけてほしいことがあればご記入ください。					

※ アンチ・ドーピング部会からの連絡は、勤務の都合上、可能な限りメール連絡をさせていただいています。  
PC・携帯メールが使用できる選手は、メールアドレスをご記入ください。

返送・お問い合わせは…

〒108-8329 東京都港区三田1-4-3

国際医療福祉大学三田病院 リハビリテーション科

草野 修輔（日本障害者スポーツ協会医学委員会 アンチ・ドーピング部会長）

Tel: 03-3451-8121 Fax: 03-3454-0067

E-mail: shukusano@iuhw.ac.jp