

**令和 7 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スポーツ協会会長 様

令和 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、県スポ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。