

メディカルサポートシステム登録表

チーム名 (団体名・学校名)	
代表者氏名	
代表者住所	
電話番号	
チームの競技種目	
選手年齢 <small>選択してください</small>	就学前児童 小学生(学年) 中学生
	高校生 大学生 社会人 その他
チームご担当者様	(このシステム登録に関するチーム内のご担当者様)
ご担当者様連絡先 <small>選択してください→</small>	TEL
	自宅 携帯 チーム関係事務所
登録用メールアドレス(チーム内でメール送信を希望される方が複数人いる場合には全てご記入ください)	
メールアドレス	
	メールアドレスの持ち主氏名
メールアドレス	
	メールアドレスの持ち主氏名
メールアドレス	
	メールアドレスの持ち主氏名
メールアドレス	
	メールアドレスの持ち主氏名
メールアドレス	
	メールアドレスの持ち主氏名

ご記入いただいた個人情報につきましては当院でのメディカルサポート及びその付随業務以外には使用いたしません。

(注意)

- ・ 記入いただいたメールアドレスはメール受信拒否設定などを行っている場合解除していただくか、info@hattoriseikotuin.com からのメールを受信できる設定にしてください。