

各加盟競技団体会長 様

公益財団法人岐阜県スポーツ協会
会 長 田口 義隆

令和2年度「スポーツ診療所 アスリート健康相談会」の実施について（依頼）

平素は、公益財団法人岐阜県スポーツ協会の諸事業に対して、ご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、公益財団法人岐阜県スポーツ協会では東京2020オリンピック・パラリンピックに向けて、岐阜県ゆかりのオリンピックアスリートやジュニアアスリートを含む県指定の個人や団体を強化するため、スポーツ科学の視点から様々な支援をして競技力の向上を図っております。こうした事業の一環として、別添実施要項のとおり選手の医学的課題に対して、スポーツドクターが相談に応じる機会を設けることとしました。

つきましては、貴所属選手・指導者へ周知いただきますとともに参加について格別のご配慮をお願いします。

記

- 1 添付資料 ①実施要項 ②申込書 ③同意書
- 2 申し込み 相談は全て予約制とします。
 1. 電話による確認をお願いします。
スポーツ科学センター TEL 058-295-6305
 2. 電話確認後、予約時間等の調整が完了しましたら、②申込書、必要に応じて③同意書をファックスください。
なお、③同意書が必要な高校生以下又は18歳未満の方になります。※申し込み者が多数の場合は、先着順とします。
- 3 引 率 中学生以下の方は、保護者やご家族等が引率していただきますようお願いいたします。
- 4 参加費用 無 料
- 5 その他 実施要項等については、岐阜県スポーツ科学センターホームページにも掲載してあります。ご活用ください。 <http://gifuspo.or.jp/zoneD/100/104-1.html>

○連絡先

〒502-0817 岐阜市長良福光青嶽 2070-7
(公財)岐阜県スポーツ協会 スポーツ科学センター
Tel: 058-295-6305 Fax: 058-295-6306
E-mail shigeki-hama@gifu-sports.org
担当者：濱

令和2年度 「スポーツ診療所 アスリート健康相談会」実施要項

1 目 的

公益財団法人岐阜県スポーツ協会スポーツ診療所（スポーツ科学センター内）にて、アスリートや指導者を対象に「アスリート健康相談会」を実施する。

本事業は、県内のスポーツ科学に造詣の深い医師（スポーツドクターなど）が、アスリートの医学的課題に対して相談に応じることにより、問題解決を図るとともに、競技力の向上を推進するものである。また、このことにより選手が気軽にスポーツドクターの支援を受けることができる態勢を整備するものである。

2 主 催 (公財) 岐阜県スポーツ協会

3 対 象 岐阜県在住、在勤あるいは岐阜県にゆかりのあるアスリート

4 相 談 内 容 (1) アスリートが競技を続ける上で抱える整形外科的課題に対する相談
(2) 女子アスリートが抱える女性特有の医学的課題に対する相談および親子相談会

5 日 時 ① 10月10日(土) 13:30~15:30 婦人科:志賀友美 医師
(女性アスリート対象・定員4名)

② 10月24日(土) 13:30~15:30 整形外科:西本 裕 医師
(全てのアスリート対象・定員4名)

③ 2月13日(土) 13:30~15:30 婦人科:志賀友美 医師
(女子ジュニアアスリート親子相談会)

④ 2月27日(土) 13:30~15:30 整形外科:西本 裕 医師
(全てのアスリート対象・定員4名)

6 場 所 (公財) 岐阜県スポーツ協会 スポーツ診療所
(長良川スポーツプラザ1階 スポーツ科学センター内)
〒502-0817 岐阜市長良福光青穂 2070-7

7 手 続 き (1)相談者(相談会参加希望者)は、事前にスポーツ科学課に電話で予約時間等を確認してください。
(2)電話確認後、別紙申込書に必要事項を記入しスポーツ診療所へファックスを送信し手続きを完了してください。
※定員になり次第受付を終了させていただきます。

8 参加費用 無 料

9 問い合わせ先 (公財) 岐阜県スポーツ協会 スポーツ診療所(スポーツ科学センター内)
スポーツ科学課(担当:濱)
電話番号 058-295-6305 <http://gifuspo.or.jp/zoneD/100/104-1.html>

FAX送信票

令和2年度「スポーツ診療所アスリート健康相談会」申込書



(公財) 岐阜県スポーツ協会 スポーツ診療所(スポーツ科学センター内) 行き
Fax 058-295-6306 (担当:濱)

■相談日時、対象者

希望日	日	時	対象者
	10月10日(土)	14:30~16:30	女性アスリート
	10月24日(土)	13:30~15:30	全てのアスリート
	2月27日(土)	13:30~15:30	全てのアスリート

※ 希望する相談日に○印を付けてください

※ 相談日の2週間前までに申し込んでください

■定員 各回4名

■相談者氏名

氏名	競技種目	性別	住所・電話番号等
		男	〒 住所
		女	(TEL)

■相談者が中学生以下の場合に引率される方の氏名

氏名	本人との関係	住所・電話番号等
		〒 住所
		(TEL)

■主な相談内容 (記入できる範囲の内容で記入ください)

※ ご相談は予約制となっております。

※ 電話でお問い合わせ後、本FAX送信票でお申し込み願います。

※ お申し込み者が多数の場合は先着順とします。

○連絡先

〒502-0817 岐阜市長良福光青襖2070-7

(公財)岐阜県スポーツ協会 スポーツ科学センター

Tel: 058-295-6305 Fax: 058-295-6306

担当者: 濱

FAX送信票

令和2年度「女子ジュニアアスリート親子健康相談会」申込書



(公財) 岐阜県スポーツ協会 スポーツ診療所(スポーツ科学センター内) 行き
Fax 058-295-6306 (担当:濱)

■相談日時、対象者

日	時	対象者
2月13日(土)	13:30~15:30	女子ジュニアアスリート(親子相談会)

■定員 6組(12名)

■参加者氏名

氏名	専門競技種目 (あれば記入)	校種	学年
		小学生	
		中学生	

■参加保護者氏名

氏名	本人との 関係	住所・電話番号等
		〒 住所 (TEL)

■主な相談内容(記入できる範囲の内容で記入ください)

--

- ※ ご相談は予約制となっております。
- ※ 電話でお問い合わせ後、本FAX送信票でお申し込み願います。
- ※ お申し込み者が多数の場合は先着順とします。

○連絡先

〒502-0817 岐阜市長良福光青襖2070-7
(公財)岐阜県スポーツ協会 スポーツ科学センター
Tel: 058-295-6305 Fax: 058-295-6306
担当者: 濱

同 意 書

公益財団法人岐阜県スポーツ協会

会 長 田 口 義 隆 様

公益財団法人岐阜県スポーツ協会が主催する、令和2年度
スポーツ診療所アスリート健康相談会の参加に同意します。

令 和 年 月 日

相談者氏名 _____

保護者氏名 _____

印

※ 相談者が高校生以下または、18歳未満の場合は、同意書を提出してください。