

**「天草市トップアスリート育成事業」  
平成29年度天草市強化指定選手推薦書**

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日(才)
氏名		学年	
		性別	男 ・ 女
住所	〒 _____		
競技名		種目 (ポジション等)	
所属 競技団体名		住所	〒 _____ TEL ( )
学校名		住所	〒 _____ TEL ( )
<b>【日本代表及び強化指定などの実績】</b>			
大会・強化指定等の名称		大会等の成績	大会期日及び強化指定等の期間
①			
主催団体			
②			
主催団体			
③			
主催団体			

**【記入上の注意】**

※日本代表及び強化指定等の実績は前年度の成績をご記入ください。但し、当該年度に18歳となる者については、当該年度についても記入してください。

※上記の個人情報は、当事業の実施のみに使用させていただき、他の目的には使用いたしません。

**上記の選手は、「天草市トップアスリート育成事業」の天草市強化指定選手の候補として、推薦いたします。**

平成29年 月 日

所属長(競技団体・団体・学校)氏名

役職

氏名

印

記入者

役職

氏名

印

フリガナ		TEL	( )
保護者氏名	印	※昼間連絡がとれる番号を記入ください。	
住所	〒 _____		