

公益財団法人

日本高等学校野球連盟宛

FAX番号：06-6443-1593

私は、「全国大会における投手関節機能検査結果を用いた投球数制限の検証研究」の対象から削除されることを希望します。

氏名（自署） _____

保護者名（自署） _____

※未成年者（申請時点で18歳未満）のみサインが必要

生年月日（本人） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校名 _____

大会名 選抜高等学校野球大会

第 _____ 回大会、第 _____ 回大会

全国高等学校野球選手権大会

第 _____ 回大会、第 _____ 回大会、第 _____ 回大会

申請日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日