

アスリート診断事前調査票

1. 個人プロフィール

*選手番号、測定期日は記入しないでください。

選手番号		測定日	年	月	日
フリガナ		生年月日(西暦)	年	月	日
選手氏名		年齢	歳	性別	男・女
現住所	(〒 -)				
電話番号	(TEL) - -	(FAX)	-	-	
勤務先	連絡先: - -				
学校名 (学年)	学校・学年(年)				
所属 クラブ	*クラブチームの場合記入 連絡先: - -				
競技名					
種目・階級・ポジション等					

2. 承諾書

承 諾 書

秋田県スポーツ科学センター所長 様

私は、貴センターにおいて体力診断事業アスリート診断を受けるにあたり、担当者からその目的、安全性などについて十分に説明を受け理解しました。

私は、診断の参加における自らの傷害の責任を負うことを承諾します。また、第三者が閲覧できないように厳正に保護することを条件に、私の個人情報及び測定結果を、貴センターが秋田県スポーツ医・科学の発展のための研究資料（追跡や比較調査を目的としたもの）として活用することを承諾します。

平成 年 月 日

受検者氏名

⑩

保護者氏名 ※受検者が未成年者の場合のみ

記入・捺印してください

⑩