

体力診断事業 一般体力診断 「希望届出書」兼「同意書」

☆一般体力診断に参加を希望される方は、以下の部分に必要な事項をご記入の上、秋田県スポーツ科学センタースポーツ医科学班まで郵送かFAXでご提出ください。

☆団体の場合は、参加される方ごとに1人1枚記入し、代表の方が取りまとめて送付してください。

☆診断日の二週間前まで提出してください。(FAX : 018-823-0008)

体力診断事業一般体力診断について、別紙要項の内容を確認、承認の上で参加を希望するとともに、マナーを守って活動することに同意致します。

平成 年 月 日

選手氏名 _____

保護者氏名(選手が未成年者の場合のみ) _____

※以下もご記入ください。これは参加手続きまたは緊急時連絡する場合のみ使用し、それ以外の場合は廃棄します。

フリガナ		生年月日(西暦)		年	月	日
選手氏名		年 齡	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						