

部外秘

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター利用申請書 (兼スポーツ医科学センター補助事業利用申請書)

指定管理者
公益財団法人新潟県スポーツ協会 様

1 利用日 20□□年□□月□□日□□曜日

2 利用項目別人数

(1)一般利用 一般 □名 高校生以下 □名

(2)スポーツ医科学サポート補助事業 (下のいずれかに○印をつけ、人数を記入)

国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他 一般 □名 高校生以下 □名

3 利用団体名 (個人利用者は記入不要)

名称				代表者名				サポート補助対象 団体長印
住所	〒 -							
TEL	()	-	FAX	()	-			

4 利用者名簿 ※「コース」欄については、ご希望のコースに○印をつけ、下の一覧を参考にカッコ内にご記入ください。

コース…体力測定(総合、M、ミドルA・B、R-、基礎、R-追加)、競技力向上相談(相談、栄養フィッ、トレーニング指導、メンタル指導、栄養指導)

体力測定利用の場合、競技力向け上相談の相談(結果説明)、栄養フィッ(パフォーマンス)が可能ですので、利用希望には合わせてご記入ください。

○	フリガナ 氏名	性別	生年月日 年齢	住所 電話番号	所属・学校名	コース	補助対象
1		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
2		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
3		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
4		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
5		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
6		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
7		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			
8		男	年 月 日	〒 -		体力測定 () 動作分析 競技力向上相談 () ()	国体候補 新潟ジュニア 夢チャレンジ 地域ジュニア その他
		女	歳	() -			

5 責任者 (団体利用及び未成年者の利用は必須) ※別紙「体力測定」注意事項等を熟読の上、以下のチェック欄に○印をつけてください。

責任者氏名		チェック欄
所属又は住所		「体力測定」の注意事項等を確認し、同意の上申し込みます。
TEL	() -	

※責任者と引率責任者が異なる場合には、引率責任者を記入

引率責任者氏名	
所属又は住所	
TEL	() -

受付(収受)	センター長	センター次長	担当
	● ●	● ●	● ●