

科学ID	
医学ID	

個人情報票

太線枠内をご記入下さい。
 ※の箇所は項目に○でご選択下さい。

記入日	20	年	月	日					
利用日	20	年	月	日					
利用回数	体力測定	回目 (前回測定日: 20 年 月 日)							
	動作分析	回目 (前回測定日: 20 年 月 日)							
フリガナ					性別 [※]				
氏名					男・女				
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳			
住所	郵便番号	—	都・道 [※] 府・県			市・郡 [※]			
	区・町 [※] 村								
電話番号					携帯番号				
FAX番号									
E-mail									

現在または最近までの競技内容についてご記入下さい。

①主としている競技種目について

競技種目	競技開始年齢:																	
専門種目 ポジション	例) ピッチャー、短距離、キーパーなど 強化指定などの項目を○でご選択下さい。 試合の出場経験を○でご選択下さい。																	
強化指定 [※]										JOC・全日本・ブロック・県・地区・ナシ・プロ								
出場経験 [※]										国際・アジア・全国・ブロック・県・地区・市町村・その他								
学校・企業 ・クラブ名																		
ベストの成績																		
最近の成績	平成	年	月	大会名:	記録・成績:													
	平成	年	月	大会名:	記録・成績:													

②2つ以上の競技種目を行っている場合、①以外の競技種目について

競技種目	競技開始年齢:																	
専門種目 ポジション																		
強化指定 [※]										JOC・全日本・ブロック・県・地区・ナシ・プロ								
出場経験 [※]										国際・アジア・全国・ブロック・県・地区・市町村・その他								
学校・企業 ・クラブ名																		
ベストの成績																		
最近の成績	平成	年	月	大会名:	記録・成績:													
	平成	年	月	大会名:	記録・成績:													

同 意 書

私は、健康づくり・スポーツ医科学センターの「スポーツ動作分析（動作分析）」を利用するにあたり、「利用にあたって」の注意事項等及び「個人情報保護」について十分に理解しましたので、自らの自由意思に基づき、利用することに同意します。

同 意 日： 西 暦 20 年 月 日

(※本人自筆署名・捺印)

氏 名： 印

(※本人未成年者の場合には保護者自筆署名・捺印)

保護者氏名： 印

以下はセンター職員が記入します。

確 認 日：西 暦 20 年 月 日

確認者氏名： _____