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
（兼ｽﾎﾟｰﾂ医科学ｻﾎﾟｰﾄ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）

国スポ候補　新潟ｼﾞｭﾆｱ　夢ﾁｬﾚﾝｼﾞ　地域ｼﾞｭﾆｱ　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	
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、ﾊｲ、ﾐﾄﾞﾙA・B、ﾛｰ、基礎、ﾛｰ追加）、競技力向上相談（相談、栄養ﾁｪｯｸ、ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ指導、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）、栄養ﾁｪｯｸ（ﾊﾞﾗﾝｽﾁｪｯｸ）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 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
2		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
3		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
4		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
5		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
6		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
7		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他
8		男 女	年　月　日 歳	〒　－ (　　)　－		体力測定 (　　) 動作分析 競技力向上相談 (　　) (　　)	国スポ候補 新潟ｼﾞｭﾆｱ 夢ﾁｪﾚﾝｼﾞ 地域ｼﾞｭﾆｱ その他

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	
所属又は住所	
TEL	(　　)　　－

ﾁｪｯｸ欄

□「体力測定」の注意事項等を確認し、同意の上申し込みます。

※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
	・　・	・　・	・　・