

科学ID	
医学ID	

個人情報票

太線枠内をご記入ください。

※の箇所は項目に○でご選択ください。

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						

以下はあてはまる場合のみ、ご記入ください。

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	
学校・企業 ・クラブ名		

同意書

私は、健康づくり・スポーツ医科学センターの「その他動作分析（研究開発向け動作測定）」を利用するにあたり、注意事項等及び「個人情報の保護」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： _____