

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)通常利用 ..... 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、D、基礎、D-追加)、競技力向上相談 (相談、栄養フィック、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)、栄養フィック (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。

No.	フリガナ		性別	生年月日		住所		所属・学校名	コース	補助対象
	氏名	年齢		年	月	日	電話番号			
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		<input type="checkbox"/>
TEL	( ) -	
メールアドレス		

「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
	・	・	・

