

**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  
**スポーツ動作分析 用**

指定管理者 公益財団法人新潟県スポーツ協会 御中

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 生徒等□□名

(2) スポーツ医科学サポート補助事業（下の該当対象に○印をつけ、人数を記入）

国体候補 □□新潟県 □□夢チャレンジ □□地域県民 □□その他 ..... 一般□□名 生徒等□□名

※「一般」とは18歳以上の者（高等学校又は中等教育学校の生徒を除く。「生徒等」とは「一般」以外の者。

3 利用団体名（個人利用者は記入不要）

名称	代表者名	補助事業対象 団体長印
住所		
TEL	FAX	

4 利用者名簿

	フリガナ 氏名	性別	生年月日（西暦） 年齢	住所 電話番号	所属・学校名	コース	補助対象
1			歳	〒		スポーツ 動作分析	
2			歳	〒			
3			歳	〒			
4			歳	〒			
5			歳	〒			
6			歳	〒			
7			歳	〒			
8			歳	〒			
9			歳	〒			
10			歳	〒			

5 責任者（団体及び未成年者の利用は必須）

氏名	
住所 所属	
TEL	

受付（収受）	センター長	センター次長	担当