個人資料【強化策用】

実施日:

1. 承諾書　　ID:

承　　諾　　書

高知県スポーツ科学センター　　様

私は、今年度の体力測定及び医科学サポートを受けることを承諾します。なお、測定・医科学サポートに際し、担当者よりその目的、安全性などについて十分に説明を受け理解しました。

私は、測定・医科学サポート当日の健康状態に十分留意した上で参加し、測定・医科学サポートにおける自らの傷害の責任を負うことを承諾します。加えて、第三者が閲覧できないように厳正に保護することを条件に、今年度の私の個人情報、測定結果及び医科学サポートの内容を、貴センターがスポーツ医・科学及びその他連携関係機関の発展のための研究資料として活用すること、競技力向上のために所属競技団体へ提供することを承諾します。

年　　月　　日

署名 ※必ず本人が自筆してください

保護者署名　　※受検者が未成年の場合のみ

2. 個人プロフィール

ふりがな		生年月日（西暦）	年　月　日	
氏名		年齢　歳	性別	男　・　女
現住所	（〒　－　）			
電話番号	（ＴＥＬ）　－　－	（ＦＡＸ）　－　－		
所属先		連絡先：　－　－		
学校名 （学年）		学年	年	
競技名				
種目・階級・ポジション等				

既往症	※今までに大きな病気・怪我がある場合のみ記入してください
病名及び怪我の箇所	現在の状態

本日の体調について　　測定当日にチェックします。事前にはチェックしないでください

①練習意欲（ 旺盛 ・ 普通 ・ ない ）　②食欲（ 旺盛 ・ 普通 ・ ない ）

③便　通（ 良好 ・ 便秘 ・ 下痢 ）　④睡眠（ 充分 ・ 普通 ・ 不足 ）

⑤全体的体調（ 良い ・ 普通 ・ 悪い ）　⑥その他（ ）

身長（ｽﾀｯﾌ記載）：　cm

高知県スポーツ科学センター
TEL:088－802－7272　FAX:088－802－7279
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:kochi-ssc@ksc-net.or.jp