

栄養相談

高知県スポーツ科学センター

1. 個人プロフィール

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日（西暦）	年	月	日
選手氏名			年齢 歳	性別	男	女
電話番号	(TEL) - - (FAX) - -					
勤務先			連絡先：	-	-	
学校名 (学年)			学年	年		
所属クラブ	*クラブチームの場合のみの記入					
			クラブ責任者名	連絡先		
競技名						
※原則高知県スポーツ協会登録団体に限る						
種目・階級・ポジション等						

※成績等

競技名	大会名	成績・順位	自己記録	代表（選抜）歴

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

2. 承諾書

承諾書

高知県スポーツ科学センター 様

私は、栄養相談を受けることを承諾します。

また、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、私の個人情報及び栄養相談結果を、貴センターが高知県スポーツ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

㊞

高知県スポーツ科学センター

TEL:088-841-3105

FAX:088-841-3107

メールアドレス: kochi-ssc@ksc-net.or.jp