

医・科学サポート 申請書 (ご希望内容)

ふりがな

競技団体名:

申請者名:

部会長 ・ 委員

ふりがな

窓口担当者名:

監督 ・ コーチ ・ トレーナー ・ その他 ()

窓口担当者連絡先:

■メールアドレス:

■電話番号:

※お問い合わせ可能な連絡先を必ずご記入ください。

●ご希望の内容にチェック (☑) をし、測定希望日とご要望をご記入/ご入力ください。

① 医・科学チェック (基本測定のみ/基本測定+オプション測定/オプション測定のみ)の選択が可能です

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 基本測定: メディカル、フィットネス・コンディショニング、心理、栄養 | 測定希望日: 第1希望 (月 日)、第2希望 (月 日) |
| ※詳細は別紙「医・科学チェックのご案内」をご確認ください。 ※申込期限が指定されています。前月10日までに、お申込みください。 ※休日は5名以上、平日は4名以下での実施となります。 | | 平日をご希望の場合は、時間帯をお選びください。【 午前 ・ 午後 】 |

※休日は、基本測定日が指定されています。下記日程を参考に、上記の測定希望日欄にご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| 4月21日(日) | 5月19日(日) | 6月9日(日) | 7月21日(日) | 8月4日(日) | 9月1日(日) | 10月20日(日) | 11月10日(日) | 12月8日(日) | 1月19日(日) | 2月2日(日) |
| 4月28日(日) | 5月25日(土) | 6月30日(日) | 7月27日(土) | 8月24日(土) | 9月28日(土) | 10月26日(土) | 11月23日(土) | 12月22日(日) | 1月25日(土) | 2月16日(日) |

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | オプション測定: 下記のご希望項目 | 測定希望日: 第1希望 (月 日)、第2希望 (月 日) |
| ※オプション測定のみ希望する場合の日程は、随時調整致します。(メディカルチェックは診療所受付時間内での調整となります) ※基本測定にオプション測定を追加する場合の日程は、上記「基本測定」として調整致します。 | | |

オプション測定のご希望項目は、下記からご選択ください。

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------------|
| 複数の項目をお選び 頂いても大丈夫です。 | <input type="checkbox"/> | メディカルチェック | <input type="checkbox"/> | 心理チェック | <input type="checkbox"/> | 栄養チェック |
| | <input type="checkbox"/> | 無酸素パワーテスト | <input type="checkbox"/> | ウィングートテスト | <input type="checkbox"/> | インターミットtentテスト |
| | <input type="checkbox"/> | 血中乳酸値測定 | <input type="checkbox"/> | 心拍数測定 | <input type="checkbox"/> | 最大酸素摂取量測定 |
| | <input type="checkbox"/> | 乳酸カーブテスト | <input type="checkbox"/> | 体組成測定 | <input type="checkbox"/> | 総合体力測定 |
| | <input type="checkbox"/> | 筋力測定 (BIODEX) 関節 | <input type="checkbox"/> | フィールドテスト | <input type="checkbox"/> | その他 (要相談) |

ご要望 (医・科学チェック) ご希望の内容、日時、会場等をご記入/ご入力ください。

② 医・科学支援

| | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | トレーニング・コンディショニング | <input type="checkbox"/> | 心理 | <input type="checkbox"/> | 栄養 | <input type="checkbox"/> | 映像 |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|

③ 医・科学講習会

| | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | トレーニング・コンディショニング | <input type="checkbox"/> | 心理 | <input type="checkbox"/> | 栄養 | <input type="checkbox"/> | 映像 |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|

ご要望 (医・科学支援、医・科学講習会) ご希望の内容、日時、会場等をご記入/ご入力ください。

研究所スタッフ名:

印

回答日:

令和

年

月

日