

## 医・科学サポート 申請書 (ご希望内容)

競技団体名： ふりがな	ふりがな 申請者名：	部会長 ・ 委員
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、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 (休日開催)	測定希望日：第一希望 ( 月 日)、第二希望 ( 月 日)								
【基本測定 (休日開催) 指定日】以下の指定日から、測定希望日 (第一希望・第二希望) をご記入ください。										
4月20日(日)	5月18日(日)	6月22日(日)	7月13日(日)	8月3日(日)	9月7日(日)	10月5日(日)	11月9日(日)	12月7日(日)	1月18日(日)	2月15日(日)
4月26日(土)	5月24日(土)	6月29日(日)	7月26日(土)	8月23日(土)	9月27日(土)	10月19日(日)	11月30日(日)	12月14日(日)	1月24日(土)	2月28日(土)

<input type="checkbox"/>	基本測定 (平日開催)	<input type="checkbox"/>	オプション測定
--------------------------	-------------	--------------------------	---------

ご要望 ご希望内容・ご相談内容などをご記入/ご入力ください。

オプション測定のご希望項目は、以下からご選択ください。					
<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)	<input type="checkbox"/>	フィールドテスト	<input type="checkbox"/>	その他

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
--------------------------	------------------	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

ご要望 ご希望内容・ご相談内容などをご記入/ご入力ください。

--

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 ご希望内容・ご相談内容などをご記入/ご入力ください。

--

---

研究所スタッフ名：

印

回答日：

令和

年

月

日