

2017年3月19日(日)

エアボクシング [C級ライセンステスト]

エアボクシング [オープン戦]

\*いずれかに○印

# 申込用紙

FAX送付先  
0545-61-7308

申し込み区分: **一般(13歳以上)・U-12**

申込日(記入日): \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

\*いずれかに○印

所属ジム名: \_\_\_\_\_ 所属ジム代表者氏名: \_\_\_\_\_ (印)

フリガナ: \_\_\_\_\_

出場者氏名: \_\_\_\_\_ (印) 性別: **男** ・ **女**

生年月日(西暦): \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_歳

\*テスト当日の年齢を記入のこと

ボクシング歴: 約 \_\_\_\_\_年

住所: 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ 所属ジムFAX \_\_\_\_\_

\*入金受付確認後返信します

## 問診表

\*既往症(怪我を含む)該当するものに○印をつけてください。

高血圧 低血圧 狭心症 脳卒中 不整脈 心臓病 肝臓病 心筋梗塞 慢性肝炎 腎臓病 頭痛 肺炎  
ぜんそく てんかん 結核 眼疾 捻挫・骨折・脱臼(箇所 \_\_\_\_\_) アキレス腱切断 靭帯損傷  
椎間板ヘルニア 半月板損傷 肉離れ(箇所 \_\_\_\_\_) その他(病名 \_\_\_\_\_)

## 同意書

\*必ず署名・ご捺印ください。

現在の健康状態は上記の通りであり、エアボクシング大会に参加するにあたり支障はありません。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 出場者: \_\_\_\_\_ (印)

※保護者: \_\_\_\_\_ (印)

※20歳未満の出場者のみ

ジム代表者: \_\_\_\_\_ (印)