

2019年9月29日(日) 中日ジム

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: _____

(ライセンス保有者) A B C

フリガナ: _____

出場者氏名: _____ (印) 性別: 男 ・ 女

生年月日(西暦): _____年 _____月 _____日 _____歳

*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)