

記入年月日 年 月 日

参加 カテゴリ	男女	フリガナ 参加者氏名
U16		

確認事項

- 下記の内容を確認し、チェックを入れてください。
- ☐ 育成センター実施映像は写真も含め、すべての撮影は禁止であることを承諾しました。
- ☐ 原則として県DCの全日程に参加することを承諾しました。
- ☐ 県DCに選出された選手は、（一社）岩手県バスケットボール協会のHPに個人名が掲載されることを承諾しました。
- ☐ 下記のサイトにおいて、マルファン症候群は、突然死を起こす可能性のある疾患であることを確認しました。
- URL:<http://www.marfan.jp/>

参加の合意

上記の選手の派遣および確認事項について、保護者として同意します。

西暦 年 月 日 印

保護者氏名

住所 〒

電話番号

本人情報

ふりがな	性別	血液型
氏名	男・女	A・B・O・AB型 (RH+/-)
生年月日 (西暦)	年 月 日	身長 cm 体重 kg

医療情報

運動中、運動後にこれらの症状を起こしたことがあれば、「○」印をつけてください	失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整動悸・めまい・痙攣
食物アレルギー	無・有 (詳細:)
薬アレルギー	無・有 (詳細:)
常用している薬	無・有 (詳細:)
現在治療中のケガや病気	無・有 (詳細:)
今までにかかった病気やケガ	無・有 (詳細:)
手術をしたことは?	無・有 (詳細:)
その他伝えたい事	無・有 (詳細:)

緊急連絡先

氏名	電話 1	電話 2	本人との関係