

# 平成 28 年度 初回検診申込書①個人用

検診日までに所定の検査を受けて下さい（指定医療機関での事前検査を希望される方は必要ありません）。また、検査項目については各団体責任者にご確認ください。下記に氏名等記載の上、お申込み下さい。また、**高校生以下は保護者の署名・捺印が必要です。**

氏 名 (フリガナ) :	( )	男 / 女
所属団体 :		
生年月日 : 西暦	年	月 日 (満 歳)
在籍学校名 (学年) :	学校 (	年生)
住所 :		
電話番号 :	—	—
保護者氏名 :		印
保護者緊急連絡先 : ( )	—	
コンタクトレンズの使用 : する / しない	指定医療機関での事前検査を希望 ; する / しない	

検診を受ける際は、選手手帳・健康申告書・未装着のワンデーソフトコンタクトレンズ（コンタクト使用の場合）を忘れないようにしてください。

# 平成 28 年度 初回検診申込書②団体用

所属団体名： \_\_\_\_\_ 代表者氏名(緊急連絡先)： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

	氏 名 (フリガナ)	生年月日 (年齢)	区分 (○をつけてください)	事前検査 希望	コンタクト レンズ使用
1	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
2	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
3	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
4	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
5	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
6	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
7	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
8	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
9	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		
10	( )	西暦 年 月 日 ( )	U J ・ 高校 ・ 成年		

**※連盟指定の医療機関での初回検診事前諸検査を希望する場合は、必ず○を記入して下さい。(コンタクトレンズ使用希望者も同様です)**