

_____高等学校長殿

生徒氏名 生年月日 年 月 日

住 所

ボクシング練習歴

(競技会の出場には6ヵ月以上の練習期間が必要。練習開始から現在までの概略を記入)

上記に相違ありません。

また、現在、ボクシング競技会に参加する水準の技術・体力を身につけております。

ジム指導者

印

頭部CT検査の結果、頭蓋内病変及びくも膜のう胞 なし ・ あり (該当する方を○で囲む)

※ 頭蓋内病変及びくも膜のう胞のあるなしに関わらず、医療機関の証明の写しを添付してください。
なお、証明書の原本は選手手帳に貼り付けます。

上記の者は、本ジムで日頃練習に励んでおる者ですが、学校教育活動の一環として、貴校に認知して頂き、神奈川県高等学校体育連盟主催の関東高等学校ボクシング大会県予選会に出場させて頂きたく、保護者ともどもよろしくお願い致します。

年 月 日

ジム責任者氏名

印

ジム住所

ジム連絡先

保護者

印

ム責任者の方へ： この書類は選手に出場資格があることを
学校が確認するためのものですので、
選手が在学している学校に提出してください。

ジ