

女子プロボクサー新人テスト申込書

1	所属	ジム	
2	フリガナ		
	氏名(本名)		
3	生年月日(年齢)	西暦	年 月 日 (歳)
4	住所		
5	ウエイト	現在のウエイト Kg	テスト当日の予定ウエイト Kg
6	構え	1.右	2.左
7	アマチュア戦績・経験年数	戦績	戦 勝 敗
		経験年数	年 ヶ月
8	アマチュア以外の戦績・経験年数	団体(所属)名	
		戦績	戦 勝 敗
		経験年数	年 ヶ月
9	タイトル・ランキング歴		
10	入門年月日 (7~8に該当しない者)	西暦	年 月
11	受験回数	回目	
12	健康診断受診日(病院名)	年 月 日	(病院名)
13	協会健康管理基金加入日	加入日	年 月 日
満30歳以上の受験希望者は下記を記入してください			
1	頭部MRIの受診日(病院名)	年 月 日	(病院名)
2	既往症の有無	1.有 <small>(既往症の内容)</small>	2.無
		<small>(脳振盪の経験回数)</small>	

申込日 年 月 日
 申込人 ジム
 マネージャー ㊟

※申込前に健康診断を必ず受診してください。
 ※健康診断には頭部CT、B型肝炎検査が含まれます。尚、満30歳~34歳までの受験申込者は頭部CTに代わり頭部MRIの受診、既往症有無の報告が義務付けられています。
 ※日本プロボクシング協会健康管理基金未加入の場合は申込を受理できません。
 (2006年12月26日付 日本プロボクシング協会理事会決議)
 ※16歳でテストに合格した場合、試合出場は17歳からとなります。
 ※受験生からの試験結果、採点内容などについての質問には一切お答えできません。

一般財団法人 日本ボクシングコミッション

受付印

女子プロボクサー新人テスト申込者 各位

この度はJBC女子プロボクサー新人テスト受験のお申込みをいただきありがとうございます。ご

ボクシングは健全なスポーツとして世界的に認知され普及していますが、頭部への打撃を主とする競技の性格上、とすれば危険(死亡、失明など重度の障害もしくは軽度の後遺症等によるQOL「生活の質」の低下)を伴うことがあるスポーツでもあります。

JBCと致しましては事故防止、安全管理に全力で取り組んでおりますが、今回プロテストを受験する方にはこの事をよく確認いただき、ボクシング競技に存在する一定のリスクを十分認識の上、自己の責任においてプロボクサーとして活動することに同意いただきます。

以上
 一般財団法人日本ボクシングコミッション

同意書

一般財団法人日本ボクシングコミッション 御中

私は上記に記載の事項をよく確認し、プロボクシング競技におけるリスク(死亡、失明など重度の障害もしくは軽度の後遺症等によるQOL「生活の質」の低下)を十分認識の上、異議申し立てをすることなく、自己の責任においてプロボクサーとして活動することに同意いたします。

以上

年 月 日

所属ジム

申請者

印

(未成年のみ) 家族氏名

印

(続柄)