

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 分
		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 (既往症の内容)	2.無
		(脳振盪の経験回数)	

申込日 年 月 日

申込人 ジム

マネージャー

印

※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歳以上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)

受付印

財団法人 日本ボクシングコミッション