

受 験 申 込 書 (様式 1)

申込年月日 平成 年 月 日

ふ り が な	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 TEL ()
最 終 学 歴	
最 終 職 歴	
備 考 (免許・資格等)	

公益社団法人 東京都障害者スポーツ協会
会 長 小 林 光 男 殿

受 験 申 込 書 (様式 2)

応募動機、自己PRをご自由にお書きください。

応
募
動
機

自
己
P
R

既往症歴・受傷歴調書（様式3）

平成 年 月 日現在

※ 受験番号		氏 名		男 ・ 女	才
-----------	--	-----	--	-------	---

1 過去5年間で入院（3日以上）、通院（2週間以上）したことをすべて記入してください。

期 間	内 容（具体的に）	経 過
年 月 ～ 年 月		治療中・観察中・完治 その他（ ）
年 月 ～ 年 月		治療中・観察中・完治 その他（ ）
年 月 ～ 年 月		治療中・観察中・完治 その他（ ）
年 月 ～ 年 月		治療中・観察中・完治 その他（ ）

2 首、肩、腰、膝、足首、肘の状態について該当の箇所に○印で答えください。

	良い	少し悪い	悪い	状 態（詳細に）
首				
肩				
腰				
膝				
足首				
肘				

注）記載漏れのないように、できるだけ詳細に記入してください。

※印欄は記入しないこと。