

# A級公認審判員申請書

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名		性別	男 ・ 女
住所	自宅 〒 <span style="float: right;">携帯番号</span>		
勤務先名 (大学)			
所属連盟		役職	登録番号
競技 経歴	通算 年 高校・大学・ 社会人の経歴 及び職歴		
役員経歴			
審判 公認	昭和	R/J	取得連盟
	年 月 日 級	に認定	
審判 実績	平成		
過去2年間 勤めた大会 名			

上記審判員を 級 R/J ・ J に認定くださるよう申請いたします。

上記の者を ブロックDS に認定くださるよう申請いたします。

平成 年 月 日



所属連盟 印

---

ブロック連盟 印

---

# 健康診断書

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳

上記の者はボクシング競技の審判員・DSとして適当・不適當であると診断いたします。

身長	_____ cm	体重	_____ kg
胸囲	_____ cm	腹囲	_____ cm
視力	右 ( _____ )	脈拍	数 / 1分間
	左 ( _____ )		整 ・ 不整
血圧	最高 _____ Hgmm	最低 _____ Hgmm	
畸形の有無	有・無 ( _____ )		
科学的所見	有・無 ( _____ )		
伝染病疾患	有・無 ( _____ )		
その他	_____		

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

病医院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

備考・・・上記該当事項を○で囲む