

体力診断事業アスリート診断 承諾書

秋田県スポーツ科学センター所長 様

私は、体力診断事業アスリート診断を受診するにあたり、次の点について保護者とともに承諾します。

※同意の際は□へチェックを入れてください。

主催者に対し、測定と結果用紙作成のために必要な個人情報を提供すること。

(氏名、生年月日、性別、所属等)

形態測定・体力測定を実施し、体力診断を受けること。

事業参加にあたり、診断中の傷害に責任を負うこと。

(傷害等が発生した場合は、主催者で可能な応急処置は実施します)

採血・採尿をし、検査を受けること。

※採血・採尿検査を実施しない場合はチェック不要

採血・採尿の結果と形態測定・体力測定の結果をフィードバックのためにアドバイザーへ提供すること。

採血・採尿の結果と形態測定・体力測定の結果を指導者へ提供すること。

採血・採尿の結果と形態測定・体力測定の結果がスポーツ医科学の発展のため、研究資料(追跡や比較調査を目的としたもの)として活用される可能性があり、その際は活用すること。

令和8年 月 日

受診者氏名 _____

保護者氏名 _____

(受診者が高校生以下の場合記入してください)