2024年度ソーシャルフットボール強化指定選手セレクション　エントリーシート

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 顔写真を貼付（4.5cm以上×3cm以上）＊写真裏面に氏名を記入 |
| 氏名 |  |
| 生年月日・年齢 |  |
| 身長・体重 |  |
| 所属チーム名 |  |
| ポジション |  |
| フットサル歴（サッカー含） |  |
| 住所 |  |
| 電話番号（自宅・携帯） |  |
| 診断名 |  |
| 主な症状 |  |
| 支援者名及び施設名 |  | ℡ |
| 通院先及び担当医 |  | ℡ |
| 合併症・身体疾患 | 有・無 | 診断名 |  |
| 怪我の有無（治療中も含） | 有・無 | 診断名症　状 |  |
| 手術歴・既往歴の有無（3ヶ月以上プレー困難な怪我） | 有・無 | 診断名手術の時期現在の状態 |  |
| アピールポイント | ＜フットサル＞ |
| ＜日常＞ |
| 備考 |  |
| 反社会勢力との関係 | 反社会勢力に該当せず、繋がりもありませんか？　□ありません　□あります |

＊記載した内容は、強化指定選手選考のために使用し、その他の目的に使用しません。

＊申請内容に不備、記載漏れ、虚偽があった場合は本人、関係者に確認後、日本代表選考委員会で協議を行いその後の対応を決定します。

P.1

2024年度ソーシャルフットボール強化指定選手セレクション　エントリーシート

**＊事故等の際の緊急連絡先（大会中の事故等の際のJSFAからの連絡可能な方）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（続柄） |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |

**＊推薦者記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属チーム |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日（西暦） |  |
| 住所（勤務先でも可） |  |
| 電話番号（自宅・携帯） |  |
| メールアドレス |  |
| 備考 |  |
| 推薦 | 上記選手が強化指定選手として活動できることを推薦されますか？□はい　　□いいえ |

【推薦者の皆さまへ】

　セレクション合格、強化指定選手登録関連、強化指定選手としての活動（キャンプ・キャラバン等）等の連絡を代表スタッフから推薦者に行います。強化指定選手が活動を継続する為には、推薦者のサポートが重要になります。代表スタッフからのメールが届いた際は必ずご確認をお願いいたします。

　お手数をおかけしますが、メールが受信できるよう受信設定の確認をお願いいたします。

P.2