

令和3年度

ジュニアチーム受験願書

日本中央競馬会

競馬学校長 殿

令和 年 月 日

試験会場 栗東 ・ 美浦

※希望の試験会場に○を記入してください

| |
|---|
| 写真裏面に氏名を 必ず記入のこと 写真は2枚用意 して下さい 1枚はここに貼付し、 もう1枚は履歴書 に貼付すること 5 cm × 4 cm |
| 令和 年 月 撮影 |

| |
|------------|
| (ふりがな) |
| 受験者 |
| 氏名 |
| 〒 |
| 現住所 |
| (ふりがな) |
| 保護者 |
| 氏名 |
| 〒 |
| 現住所 |
| 受験者との |
| 関係 年齢(満 歳) |

※保護者欄は保護者自署のこと

ジュニアチームの活動内容を了承の上、受験いたしますので、必要書類を添えて提出します。

※受験願書等については、必ず受験者本人自署のこと（鉛筆不可）

身長・体重の推移

| | 身長 | 体重 |
|--------------------|----|----|
| 小学5年生(平成・令和 年 月測定) | cm | kg |
| 小学6年生(平成・令和 年 月測定) | cm | kg |
| 中学1年生(平成・令和 年 月測定) | cm | kg |
| 中学2年生(平成・令和 年 月測定) | cm | kg |

スポーツ経験歴(乗馬を含む)

| 種目(所属クラブ名) | 期間(競技年数) | 入賞歴他 |
|------------|----------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

志望動機(なるべく詳細に)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

特技・資格

| |
|--|
| |
|--|

得意な教科

| |
|--|
| |
|--|

健康状態・アレルギー等

| |
|--|
| |
|--|

競馬サークル内(馬主・生産者含む)での血縁、知人、友人関係

| |
|--|
| |
|--|

※提出された個人情報については適切に管理し、選考以外の目的での使用はいたしません。

《記入上の注意》

1. 黒いボールペンまたは万年筆を使用して下さい(鉛筆不可)。
2. 数字はアラビア数字で、文字は崩さず正確に記載して下さい。

学業成績証明書

ふりがな
氏名

平成 年 月 日生

| 成績評価 | | 国語 | 社会 | 数学 | 理科 | 保健体育 | 外国語 | |
|------|------|----|----|----|----|------|-----|----------|
| | 第1学年 | | | | | | | () 段階評価 |
| | 第2学年 | | | | | | | () 段階評価 |
| | 第3学年 | | | | | | | () 段階評価 |

| | | | | | | | | |
|-------|--------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|
| 行動の記録 | (行動特徴ならびに所見) | | | | (生徒会、クラブ、ホームルーム等活動状況) | | | |
| | | | | | | | | |

| 身体状況 | | 身長 (cm) | 体重 (kg) | 裸眼視力 (右・左) | その他特記事項 |
|------|------|---------|---------|------------|---------|
| | 第1学年 | | | ・ | |
| | 第2学年 | | | ・ | |
| | 第3学年 | | | ・ | |

| 出欠状況 | | 授業日数 | 欠席日数 | 欠席理由 |
|------|------|------|------|----------|
| | 第1学年 | | | |
| | 第2学年 | | | |
| | 第3学年 | | | (月 日現在) |

(注) 身体状況及び出欠状況は、必ず記載して下さい。

日本中央競馬会 競馬学校長 殿

本書の記載事項に誤りがないことを証明する。

令和 年 月 日

学校所在地

学校名

印

学校長名

記載責任者氏名

(注) 封かんしたものに限りません。

※提出時に成績が未確定の場合は記入不要です。

健康診断書

氏 名

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

| | | | | |
|-------|----|----|-----------------|--|
| 身長 | | cm | 四肢及び体幹 の運動障害 | |
| 体重 | | kg | | |
| 視力 | 両眼 | | 腱 反 射 | |
| | 右 | | | |
| | 左 | | 心 臓 疾 患 | |
| 色 神 | | | 呼 吸 器 疾 患 | |
| 聴 力 | | | 胸 部 X 線 | |
| 眼 疾 患 | | | そ の 他 の 疾 病 | |
| 耳 疾 患 | | | 血 圧 | |
| 既 往 歴 | | | | |
| 備 考 | | | | |

令和 年 月 日

検査医師

住 所

氏 名

㊞

(お願い)

1. **体重**は選考の重要なポイントとなりますので正確に測定願います。
※ 体重は下着のみの状態で測定して下さい。
2. **視力**について、**矯正器具を用いる場合は、ソフトコンタクトレンズのみ使用可**として
ています。なお、矯正器具を用いた場合は、その旨記載をお願いします。
3. 心臓疾患及び呼吸器疾患については、聴診による診断をお願いします。
4. 検査値を訂正する場合は、**医師の訂正印**が必要です。
5. 健康診断は、**願書提出前 40 日以内**にお願いします。