

2027年度 競馬学校入学願書

(騎手課程)

日本中央競馬会

競馬学校長 殿

年 月 日

試験会場 学校 ・ 栗東 ・ 札幌 ・ 小倉

写真裏面に氏名を
必ず記入のこと

写真は2枚用意してく
ださい
1枚はここに貼付し、
もう1枚は同封すること

縦4cm×横3cm

年 月撮影

【スポーツ特別入試制度】

1. 希望する

『『スポーツ特別入試制度』利用申請用紙』を
同封する

『『スポーツ特別入試制度』利用申請用紙』を
後日送付する

2. 希望しない

(ふりがな)

受験者

氏名

〒

現住所

TEL(携帯

など)

メールアドレス

(ふりがな)

保護者

氏名

〒

現住所

受験者

との続柄

年齢(満 歳)

※保護者欄は保護者自署のこと

騎手課程生徒募集要項の記載内容を了承の上、受験いたしますので、必要書類を添えて提出いたします。

※入学願書等については、必ず受験者本人自署のこと(鉛筆不可)

履歴書・身上書

年 月 日現在

ふりがな	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日生(満 歳) 男・女
出身地	都・道・府・県
ふりがな	
受験票 送付先	〒 TEL ()
ふりがな	
緊急連絡先	氏名 受験者との続柄() TEL〔自宅〕 () 〔携帯〕 () メールアドレス

学 歴	H・R 年 月	中学校卒業・卒業見込
	H・R 年 月	
職 歴	H・R 年 月	
	H・R 年 月	

(職歴については、現在就業中である職業〔勤務先〕も記入すること)

家 族 (受 験 者 本 人 除 く)	氏名	続柄	生年月日	年齢	身長(cm)	体重(kg)
	ふりがな					
	ふりがな					
	ふりがな					
	ふりがな					
	ふりがな					
	ふりがな					
	ふりがな					
	ふりがな					

(受験者の兄弟姉妹は全員記入すること)

スポーツ経験および所属スポーツクラブ	スポーツ経験および所属スポーツクラブ		期 間					
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
乗馬経験	所属乗馬クラブ(乗馬スポーツ少年団含む)		期 間					
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
			H・R	年	月	～H・R	年	月
趣味・特技								
資 格								
志 望 動 機								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
小学校1年生時から 現在までの 身長推移 (身長は小数点第1位まで正確に 記載すること)		小学校1年生	小学校2年生	小学校3年生	小学校4年生			
	身長	cm	cm	cm	cm			
	計測年月	年 月	年 月	年 月	年 月			
		小学校5年生	小学校6年生	中学校1年生	中学校2年生			
	身長	cm	cm	cm	cm			
	計測年月	年 月	年 月	年 月	年 月			
		中学校3年生	高校1年生	高校2年生	高校3年生			
	身長	cm	cm	cm	cm			
計測年月	年 月	年 月	年 月	年 月				
本 校 受験の有無	初 回 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目 ・ 4 回 目 ・ 5 回 目 前 回 () 年 度 本 校 騎 手 課 程 生 徒 募 集							
競馬サークル内(馬主・生産者含む)での血縁(続柄記載)、友人関係								

(続柄・職種を記載すること)

健康診断書

氏 名

生年月日

(歳)

身 長	. cm			四肢および体幹 の 運 動 障 害	
体 重	. kg				
視力 <small>※両眼、右、左、 矯正の有無 すべてを記入し てください。</small>	両眼			腱 反 射	
	右	矯正	有・無	心 臓 疾 患	
	左	矯正	有・無	呼 吸 器 疾 患	
色 神				胸 部 X 線	
聴 力				そ の 他 の 疾 患	
眼 疾 患					
耳 疾 患				血 圧	
既 往 症					
備 考					

年 月 日

検査医師

住 所

氏 名

印

(お 願 い)

1. **体重**は書類審査の重要なポイントとなりますので、正確に測定願います(下着のみの状態で測定してください)。
2. 心臓疾患および呼吸器疾患については、聴診による診断をお願いいたします。その他項目における検査方法に指定はありません。
3. 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能です。
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**にお願いいたします。