

## 調布市応援アスリート認定申請書

調布市長 宛

調布市応援アスリート事業実施要綱第5の規定により、下記のとおり調布市応援アスリートの認定について申請します。

## アスリートの情報

ふりがな			生年月日	年	月	日
氏名						
住所						
電話番号			メールアドレス			
所属・チーム			競技・種目			
調布市 とのゆかり <small>※該当する項目のみ ご記入ください。</small>	学校	小学校	在学・卒業	中学校	在学・卒業	
		高等学校	在学・卒業	大学等	在学・卒業	
	勤務先	名称				
		住所				
	住所	<small>(かつて在任の場合)</small>				
活動の拠点						
実績等 <small>※該当する項目に✓ をつけてください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	国際競技大会等(オリンピック・パラリンピック競技大会、ユースオリンピック、アジア競技大会等の国際的な規模のスポーツの競技会をいう。以下同じ。)に出場した者				
	<input checked="" type="checkbox"/>	国際競技大会等の強化指定選手又は育成選手				
	<input checked="" type="checkbox"/>	国内主要大会等(国民体育大会、全国障害者スポーツ大会、全国を統括する競技団体等が主催する競技別の全日本選手権大会等の全国的な規模のスポーツの競技会をいう。以下同じ。)に出場し入賞以上の成績を収めた者				
	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都が東京アスリート認定制度等において認定した者				
	<input checked="" type="checkbox"/>	プロスポーツ選手				
主な大会成績 <small>※該当する場合のみ。 欄が足りない場合は任意 様式による提出可能</small>	年	月	大会名	成績		

## 申請者及び同意（該当する項目に✓をつけてください）

<input checked="" type="checkbox"/>	アスリート本人					
<input checked="" type="checkbox"/>	代理人	氏名		住所		
		電話番号		メールアドレス		
		所属		アスリートとの関係		

## 親権者又は未成年後見人の同意（アスリートが未成年の場合）

上記アスリートが調布市応援アスリート事業への認定を申請することに同意します。	
氏名	
住所	電話番号

## 記載内容の確認（✓をつけてください）

<input checked="" type="checkbox"/>	以上の記載内容は事実と相違ありません。
-------------------------------------	---------------------