

体力測定申込書

受付年月日 年 月 日

東海大学スポーツ医科学研究所

申込日	令和	年	月	日	
所属クラブ		部	測定者数		名
代表者氏名			代表者の 電話番号		
指導教員名		印	内線番号		
候補日①	令和	年	月	日 ()	時 分～ 時 分
候補日②	令和	年	月	日 ()	時 分～ 時 分
候補日③	令和	年	月	日 ()	時 分～ 時 分
測定スタッフ 派遣の有無	<input type="checkbox"/> 測定スタッフ派遣を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (機材借用のみ)				
測定項目	<input type="checkbox"/> 欄に「✓」をつけてください。 <input type="checkbox"/> 体重・体脂肪測定 (In Body を使用) <input type="checkbox"/> 垂直跳び、リバウンドジャンプ指数ほか (マルチジャンプテストを使用) <input type="checkbox"/> ワットバイク (6秒最大パワーテスト) <input type="checkbox"/> ワットバイク (3分間エアロビックテスト) <input type="checkbox"/> ローイングエルゴメーター測定 (2000m 所用時間) <input type="checkbox"/> 筋力測定 (最大挙上重量) <input type="checkbox"/> その他 ()				

スポーツ医科学第3研究室 (担当小山)

太枠のみ記入のこと