

【第16回ジョッキーベイビーズ九州地区代表決定戦出場者メディカルカード】

所属団体名			
フリガナ			
氏名			
生年月日	平成 年 月 日	性別	血液型 型 (RH)
住所	〒		
	TEL ()	FAX ()	
	E-mail		
緊急時の連絡先	氏名		本人との続柄
	〒		
	TEL ()		
アレルギーの有無			
かかりつけ医師 (連絡先も記入)			
加入傷害保険	【保険会社名】		
	【保険名】		
その他 (健康状態・乗馬歴・スポーツ経験・連絡事項)			

ここに記載されている個人情報は、この予選にかかる目的でのみ使用いたします。