

2026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	
	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					
	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 ※両眼、右、左、 矯正の有無 すべてを記入し てください。	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日以内をお願いいたします。