

項目	NO	質問内容	必須/任意	回答欄	回答にあたっての留意事項
トライアウト 参加選手情報	1	推薦を受けた選手ですか？	-		
	2	TeamJBAメンバーID	【任意】		
	3	性別	【必須】		
	4	姓	【必須】		
	5	名	【必須】		
	6	セイ	【必須】		
	7	メイ	【必須】		
	8	学年	【必須】		
	9	生年月日	【必須】		
	10	郵便番号	【必須】		
	11	住所	【必須】		
	12	電話番号	【必須】		
	13	FAX	【任意】		
	14	メールアドレス	【必須】		
	15	本人携帯番号	【任意】		
	16	国籍	【必須】		
	17	自宅最寄駅	【必須】		
	18	保護者 姓	【必須】		
	19	保護者 名	【必須】		
	20	続柄	【必須】		
	21	緊急連絡先_保護者携帯番号1	【必須】		
	22	緊急連絡先_保護者携帯番号2	【任意】		
	23	緊急連絡先_その他連絡先1	【任意】		
	24	所属チーム名称	【任意】		

項目	NO	質問内容	必須/任意	回答欄	回答にあたっての留意事項
	25	学校名	【必須】		
	26	学校郵便番号	【必須】		
	27	学校住所	【必須】		
	28	学校電話番号	【必須】		
	29	学校FAX	【任意】		
	30	顧問名	【任意】		
	31	顧問電話番号	【任意】		
	32	指導者名	【任意】		
	33	指導者電話番号	【任意】		顧問と指導者が別の場合はご記入下さい
	34	身長	【必須】		
	35	体重	【必須】		
	36	足のサイズ	【必須】		回答にあたって事前に数値の確認をお願いします
	37	父の身長	【任意】		
	38	母の身長	【任意】		
PR	39	応募理由&自己PR	【必須】		回答にあたって事前に内容の準備をお願いします
	40	バスケットボール経験年数(合算)	【必須】		
	41	小1時身長	【任意】		
	42	小1時体重	【任意】		
	43	小1時測定日	【任意】		
	44	小1時バスケット以外の競技1	【任意】		
	45	小1時バスケット以外の競技2	【任意】		
	46	小2時身長	【任意】		
	47	小2時体重	【任意】		
	48	小2時測定日	【任意】		

項目	NO	質問内容	必須/任意	回答欄	回答にあたっての留意事項
スポーツ歴	49	小2時バスケット以外の競技1	【任意】		回答にあたって事前に数値の確認をお願いします
	50	小2時バスケット以外の競技2	【任意】		
	51	小3時身長	【任意】		
	52	小3時体重	【任意】		
	53	小3時測定日	【任意】		
	54	小3時バスケット以外の競技1	【任意】		
	55	小3時バスケット以外の競技1	【任意】		
	56	小3時バスケット以外の競技2	【任意】		
	57	小4時身長	【任意】		
	58	小4時体重	【任意】		
	59	小4時測定日	【任意】		
	60	小4時バスケット以外の競技1	【任意】		
	61	小4時バスケット以外の競技2	【任意】		
	62	小5時身長	【任意】		
	63	小5時体重	【任意】		
	64	小5時測定日	【任意】		
	65	小5時バスケット以外の競技1	【任意】		
	66	小5時バスケット以外の競技2	【任意】		
	67	小6時身長	【任意】		
	68	小6時体重	【任意】		
	69	小6時測定日	【任意】		
	70	小6時バスケット以外の競技1	【任意】		
	71	小6時バスケット以外の競技2	【任意】		
	72	中1時身長	【任意】		

項目	NO	質問内容	必須/任意	回答欄	回答にあたっての留意事項
	73	中1時体重	【任意】		
	74	中1時測定日	【任意】		
	75	中1時バスケット以外の競技1	【任意】		
	76	中1時バスケット以外の競技2】	【任意】		
	77	中2時身長	【任意】		
	78	中2時体重	【任意】		
	79	中2時測定日	【任意】		
	80	中2時バスケット以外の競技1	【任意】		
	81	中2時バスケット以外の競技2	【任意】		
	82	50m走	【任意】		
	83	立ち幅とび	【任意】		
怪我・病気	84	緊急時の確認事項同意について	【必須】		回答にあたって事前に内容の確認をお願いします
	85	血液型	【必須】		
	86	血液型Rh	【必須】		
	87	運動中、運動後に経験した症状はありますか（複数回答）	【必須】		
	88	アレルギー食物	【必須】		
	89	薬アレルギー	【必須】		
	90	常用薬（例：シムビコート）	【必須】		
	91	現在治療中のケガや病気	【任意】		
	92	ケガや病気の既往歴	【任意】		
	93	手術歴	【任意】		
	94	その他医療面で伝えたいこと	【任意】		