

		必須/任意	質問内容	回答欄	留意事項
トライアウト参加選手情報	1	【必須】	応募資格の条件を満たしていますか？		
	2	【必須】	「招集ルール」「招集ルールの主旨」を確認しましたか？		
	3	【任意】	TeamJBAメンバーID		9桁の番号になります。
	4	【必須】	性別		
	5	【必須】	姓		
	6	【必須】	名		
	7	【必須】	セイ		
	8	【必須】	メイ		
	9	【必須】	学年		
	10	【必須】	生年月日		
	11	【必須】	郵便番号		
	12	【必須】	住所		都道府県からご記入ください。
	13	【必須】	電話番号		
	14	【必須】	メールアドレス		今後の連絡に使用します。常時、確認できるメールアドレスをお願いします。
	15	【任意】	本人携帯番号		
	16	【必須】	国籍		
	17	【必須】	自宅最寄駅		トライアウト、キャンプ時にご利用になる最寄り駅をご記入ください。
	18	【必須】	トライアウト当日の利用する交通機関		
	19	【必須】	保護者 姓		
	20	【必須】	保護者 名		
	21	【必須】	続柄		

		必須/任意	質問内容	回答欄	留意事項
	22	【必須】	緊急連絡先_保護者携帯番号		
	23	【任意】	緊急連絡先_その他連絡先		
PR	24	【必須】	応募理由&自己PR		
学校・ チーム情報	25	【必須】	所属チーム名称		学校の部活動に所属している場合は、学校名をご記入ください。
	26	【必須】	学校名		
	27	【必須】	学校住所		
	28	【任意】	顧問名		
	29	【任意】	顧問電話番号		
	30	【任意】	指導者名		顧問と指導者が別な場合はご記入ください。
	31	【任意】	指導者電話番号		顧問と指導者が別な場合はご記入ください。
	32	【必須】	身長		裸足の状態で測定した身長をご記入ください。
	33	【必須】	体重		
	34	【必須】	足のサイズ		
	35	【任意】	父の身長		
	36	【任意】	母の身長		

	必須/任意	質問内容	回答欄	留意事項
身体・ スポーツ歴	37	【必須】	バスケットボール経験年数(合算)	
	38	【任意】	小1年 身長	
	39	【任意】	小1年 体重	
	40	【任意】	小1年 測定日	
	41	【任意】	小1年 バスケット以外の競技	
	42	【任意】	小2年 身長	
	43	【任意】	小2年 体重	
	44	【任意】	小2年 測定日	
	45	【任意】	小2年 バスケット以外の競技	
	46	【任意】	小3年 身長	
	47	【任意】	小3年 体重	
	48	【任意】	小3年 測定日	
	49	【任意】	小3年 バスケット以外の競技	
	50	【任意】	小4年 身長	
	51	【任意】	小4年 体重	
	52	【任意】	小4年 測定日	
	53	【任意】	小4年 バスケット以外の競技	
	54	【任意】	小5年 身長	
	55	【任意】	小5年 体重	
56	【任意】	小5年 測定日		
57	【任意】	小5年 バスケット以外の競技		

	必須/任意	質問内容	回答欄	留意事項
58	【任意】	小6年 身長		
59	【任意】	小6年 体重		
60	【任意】	小6年 測定日		
61	【任意】	小6年 バスケット以外の競技		
62	【任意】	中1年 身長		
63	【任意】	中1年 体重		
64	【任意】	中1年 測定日		
65	【任意】	中1年 バスケット以外の競技		
66	【任意】	中2年 身長		
67	【任意】	中2年 体重		
68	【任意】	中2年 測定日		
69	【任意】	中2年 バスケット以外の競技		
70	【任意】	中3年 身長		
71	【任意】	中3年 体重		
72	【任意】	中3年 測定日		
73	【任意】	中3年 バスケット以外の競技		
74	【任意】	高1年 身長		
75	【任意】	高1年 体重		
76	【任意】	高1年 測定日		
77	【任意】	高1年 バスケット以外の競技		
78	【任意】	高2年 身長		

		必須/任意	質問内容	回答欄	留意事項
	79	【任意】	高2年 体重		
	80	【任意】	高2年 測定日		
	81	【任意】	高2年 バスケット以外の競技		
けが・病気	82	【必須】	緊急時、以下の内容について回答いただいた情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意しますか。		
	83	【必須】	血液型		
	84	【必須】	血液型Rh		
	85	【必須】	運動中、運動後に経験した症状はありますか（複数回答）		
	86	【必須】	アレルギー食物		
	87	【必須】	薬アレルギー		
	88	【必須】	常用薬		
	89	【必須】	現在治療中のケガや病気		治療の場合は、完治までの日数もご記入ください。（必ず専門医師の診断を受けて下さい。※接骨院は専門医師ではありません。）
	90	【必須】	ケガや病気の既往歴		病名と時期をご記入ください。
	91	【必須】	手術歴		病名と時期をご記入ください。
92	【任意】	その他医療面で伝えたいこと			