

総体申し込み書作成マニュアル

1. 選手申し込み書の作成と印刷

右上の学校番号の欄に高体連が発行している学校番号を入力します。(タブの学校番号一覧に学校番号を載せています。)

平成 28 年度 沖縄県高等学校総合体育大会						
沖縄県高等学校体育連盟会長 殿						学校番号
ボクシング競技 申込用紙 本会費者は備考の□に○を記入して下さい。						
学校名	〒/△ 高等学校	所在地	〒/△	〒/△	〒/△	〒/△
監督名	職員 外部	引率者名	職員	セカンド名	職員	生徒 職員 生徒
選手名	学年	生年月日	登録番号	備考		
ピ ン				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
ラ イ ト フ ラ イ				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
フ ラ イ				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
バ ン タ ム				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
ラ イ ト				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
ラ イ ト ウ ェ ル タ ー				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
ウ ェ ル タ ー				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		
ミ ド ル				<input type="checkbox"/> 監督会懸にて 登録申請		

①上記の者は本校在籍学生であり、臨時参加の沖縄県外から預託生等として出場することを認め、会費申し込みいたします。
②個人参加については「沖縄県高校連盟個人参加規定資料」を参照し、かつ会費申し込みすることに同意します。

平成 年 月 日
〒/△ 高等学校長 印

学校番号を入力すると、学校名、所在地、電話番号、FAX番号が自動的に設定されます。

監督、引率者、セカンドの情報を入力します。
監督・セカンドは職員・外部等を○を移動させて囲んでください。

選手情報を入力します。登録番号は、4月に行われた春季大会に出場、または、4月以降に平成28年度に選手登録を行っていない場合は備考の□に✓をコピーして貼り付けてください。

学校名は自動でできます。
学校長名を入力してください。

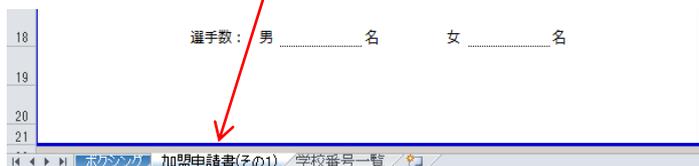
2 部印刷して、公印を押印し高体連に提出します。データは加盟申請書まで作成後、下記のアドレスまで送ってください。

高体連ボクシング専門部 那覇工業高等学校 島尻 英明 mail address : shimajhd@open.ed.jp

総体申し込み書作成マニュアル

1. 全国高等学校ボクシング専門部登録 加盟申請書作成と印刷

下のタブの加盟申請書(その1)をクリックします。



A screenshot of a spreadsheet application showing a form for '全国高等学校ボクシング専門部 加盟申請書(その1)'. The form is displayed in a grid with columns A through K and rows 2 through 21. The form content includes:
- 沖縄県 高体連ボクシング専門部 部長様
- 全国高等学校ボクシング専門部 加盟申請書(その1)
- 各高校 → 各都道府県専門部保管
- #VALUE! 高等学校体育連盟ボクシング専門部へ加盟を申請いたします。
- 学校名: 1ペー #N/A 高等学校
- 所在地: 〒 #N/A
- #N/A
- Tel #N/A FAX #N/A
- 学校長: 0 公部
- 顧問: [Red box]
- e-mail: #N/A
- 選手数: 男 _____ 名 女 _____ 名
A red box highlights the '顧問' and '選手数' fields. A red arrow points from this box to a separate text box on the right.

学校名、所在地、Tel、Fax、学校長は参加申込書を作成した時点で自動的に表示されます。

顧問の氏名と、部員数を入力してください。

1部印刷して、公印を押印し監督会議時にボクシング専門部に提出します。

別紙 1

別紙 2

証明書

証明書

住所： _____

住所： _____

氏名： _____

氏名： _____

昭・平 年 月 日生

昭・平 年 月 日生

上記の者はCTスキャン（またはMRI）にて
頭蓋内病変 及び くも膜のう胞 のない事を
証明します。

上記の者は平成 年 月 日に施行
したCTスキャン（またはMRI）にて頭蓋内病変
及び くも膜のう胞 のない事を証明します。

平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名：
医師名：

医療機関名：
医師名：

印

印