キッズボクシングライセンス・申込書（新規・更新・再発行）

平成　　年　　月　　日

現 住 所：（〒　　ー　　）
都 道
府 県

所 属 名：　　小・中学校　　ボクシングジム

ふりがな
名　前：

保護者名：

生年月日：　平成　　年　　月　　日（小・中学校　　年生　　歳）

電　　話：

F　A　X：

E メール：

緊急連絡先電話番号：

スポーツ安全保険：　（　未加入　・　加入済み　）
※未加入の方は JKBA でも加入できます。

頭部（CT･MRI）：　（　受診　・　未受診　）
※過去受診された経験がある場合は不要です。他団体提出済のコピーも可。

デビュー戦年月日：　平成　　年　　月　　日

戦　　績：　T　　W　　（　　）　L　　D

特定非営利活動法人
日本キッズボクシング協会