

JDAA 強化指定選手 育成枠選手 各位

一般社団法人日本デフ陸上競技協会

メディカルチェックについて

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃は一般社団法人日本デフ陸上競技協会の運営に多大なるご支援ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、毎年実施しているメディカルチェックですが、強化指定選手全員の提出が日本パラリンピック委員会（JPC）から求められており、選手本人の健康を守る為にも必須となっています。**指定のメディカルチェックを実施しない場合は強化指定選手の認定を取り消す場合がありますので、必ず、期限までに提出してください。期日までに提出しない場合は強化指定を停止します。**育成枠選手についても、必ずメディカルチェックの受診をするようにお願いします。

記

対象者 : JDAA 強化指定選手 育成枠選手 全員

提出様式

- 1、 基本健康調査用紙（選手自身が記入）
- 2、 診断書（医師記入の事）

※ 必ず指定の様式に記入し、コピーを取り、原本を提出すること。コピーは自身で保存。

※ 検査結果の原本又はコピーを提出する事。

費用負担について

- ・強化指定選手対象者は1人につき8,000円を支給する。
 - ※ 但し、予算執行状況により変動する。
- ・育成枠選手は自己負担となります。
- ・提出時に領収書を必ず添付すること。領収書のないものは支給対象外。
 - ※ 領収書の原本の提出がない場合は対象外とする。

提出期限

- ・ **世界デフ（U20）選手権大会出場選手 2024年5月31日（金）必着**

※ 期日までに未提出の場合は大会出場を取り消す場合がある。

- ・ **上記大会出場選手以外 2024年8月31日（土）**

※ 期日までに未提出の場合は認定を提出まで停止し、取り消す場合がある。

その他

- ・医療機関で受診する際は提出様式2の診断書を持参し、医療機関に記入をしてもらう事。
- ・会社や学校、その他施設などで健康診断を行う際も、提出様式2に記入をしてもらう事。
- ・強化指定選手、育成枠選手の認定を受けてから、受診してください。

その他、質問等あれば連絡をお願いします。

問合せ・郵送先

〒220-0051 神奈川県横浜市西区中央2-4-14 ラミアール・U 103号室

一般社団法人日本デフ陸上競技協会 医科学委員会 宛

電話：045-620-9465 FAX：045-620-9475

メール：office@j-daa.or.jp（医科学委員会 山岸宛）

以上