

申込日： 年 月 日

JISS 心理サポート 申込票

ふりがな
氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 歳

所属 _____ 競技種目 _____

現住所 〒 _____

1. あなたの困っていること・相談したいことを記入してください。

2. その他にあなたの問題・課題となっている内容すべてに○をつけてください（複数回答可）

- () ①スランプ・競技力の停滞 () ②競技意欲の低下 () ③試合での実力発揮
() ④競技生活での不安・焦り () ⑤コンディショニング () ⑥練習環境
() ⑦競技継続の迷い・引退 () ⑧日常生活 () ⑨人間関係
() ⑩身体（怪我や疲労感など） () ⑪自分の性格や気分 () ⑫その他【 _____ 】

3. 心理サポートは急いでいますか？

- すごく急いでいる 早いほうが良い それほど急いでいない

4. JISS 心理サポート以外に、現在他の診療、サポートを受けていれば教えてください。

- JISS 内の診療・サポート (内 容: _____)
 外部の診療・サポート機関 (機関名: _____)
(内 容: _____)

5. 希望される来談日時を教えてください。

- 1) ご希望の曜日 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ その他 曜日)
2) ご希望の時間帯 (午 前 ・ 午 後)

6. 心理サポートをどちらでお知りになりましたか？

- 紹介(_____) パンフレット その他(_____)

※こちらから連絡させていただく際の連絡可能な電話番号とメールアドレスをご記入下さい。

電話番号 (_____)
メールアドレス (_____)

※対象は、JOC オリンピック強化指定選手および競技団体の強化指定選手、JPC パラリンピック強化指定選手ランク A・B、その他 JISS の認めたものです。