令和 年 月 日

推　　薦　　書

独立行政法人日本スポーツ振興センター

ハイパフォーマンススポーツセンター長 殿

競技団体名

団体代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

女性アスリート研究・支援事業の支援対象者（育児サポート）に、下記の者を推薦します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 種別・　種目 | |  | |
| 氏名（年齢） | （　　　歳） |
| 現在の状況 | 子育て期：お子様の年齢　　　　歳　　　か月 | | | | |
| 目標とする  大会、成績 |  | | | | |
| 競技実績 |  | | | | |
| 対象者区分 | □にチェックを入れてください。  現在指定されていない者の場合、いつまで指定されていたか、ご記入下さい。  □JOC強化指定選手（　　　年　　月まで）  □JPC強化指定選手（　　　年　　月まで）  □JOC及びJPC加盟団体のNF強化対象選手（　　　年　　月まで）  □HPSCが行う妊娠期・産後のトータルサポートを受けた選手（産後2年まで）  □ナショナルレベルの指導者等  □その他HPSCが認めた者 | | | | |
| 現在の課題 | （具体的にご記入ください） | | | | |
| 育児サポート  に希望する支援 | □にチェックを入れてください。またどのような支援を希望するか記入してください。  □育児支援協力者を支援対象者本人が指定  （育児協力者名：　　　　　　　　　支援対象者との関係：　　　　　）  【具体的な希望内容】    □支援対象者が選んだ保育園等の一時保育サービスを利用  【具体的な希望内容】  サポートを希望する競技会、合宿が分かる、年間計画書を添付してください。  （時期、大会・合宿名、場所が分かるものであれば、様式自由）。 | | | | |
| 本件に関する  競技団体連絡先 | TEL：  E-mail： | | 担当者名  （役職） | |  |