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（妊娠期・産後トータルサポート、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 | 妊娠期：妊娠　　　か月（出産予定日：　　年　　月　　日）産　後：産後　　　か月（出　産　日：　　年　　月　　日）子育て期：お子様の年齢　　　　歳　　　か月 |
| 目標とする大会、成績 | 復帰予定　　　　年　　月頃 |
| 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） |
| 妊娠期・産後トータルサポートに希望する支援 | 【希望分野】【具体的な希望内容】【希望するサポート頻度】 |
| 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） |  |