

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター長 様

## 動作分析 同意書

私は、別添の説明文書「動作分析のご案内」により動作分析を受ける  
際の注意事項等を理解しました。

私は、説明事項を承知した上で動作分析を受けることを同意し、下記  
に自筆署名します。

同意日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

親権者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ (印)

(以下はセンター職員が記入いたします)

確認日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

確認者氏名 \_\_\_\_\_