



# WMC JAPAN プロテスト申込書

## WORLD MUAY THAI COUNCIL JAPAN PRO LICENSE TEST APPLICATION FORM

私は、世界ムエタイ評議会日本支局（以下 WMC JAPAN）のプロライセンス取得テスト実施要項により定められた受験料を納入し、プロムエタイ選手としての資格を得るため、受験申込いたします。

1. 所属ジム			
2. 氏名	フリガナ		
3. 生年月日(年齢)	西暦	年	月 日 ( 歳)
4. 住所(居所)	フリガナ		
5. 連絡先電話番号	-	( 緊急連絡先	- - 本人との関係 )
6. 体重/身長(現在)		Kg	cm
7. 構えのタイプ	<input type="radio"/> Orthodox	<input type="radio"/> Southpaw	<input type="radio"/> Switch
8. アマチュア経験	<input type="radio"/> 有 ( 戦 勝 敗 分 )	<input type="radio"/> 無	
13. プロ試合経験	<input type="radio"/> 有 ( 戦 勝 敗 分 )	<input type="radio"/> 無	
14. ライセンス取得歴	<input type="radio"/> 有 所属. ライセンスの種類. No.	<input type="radio"/> 無	
10. 受験回数		回	
11. 健康診断日(病院名)		年 月 日 (病院名.	)

私は WMC JAPAN のプロライセンス取得テスト実施要項を厳守し受験することを誓います。  
また、本テストにおける判定は WMC JAPAN に委ね、一切の異議を申し立てないこと、WMC JAPAN プロライセンス取得テスト実施要項を承諾し受験中におけるいかなる事故（負傷または死亡、後遺症など）が生じても主催者に対し責任を追及しないことをここに誓約いたします。

申込日 西暦 年 月 日 申込人署名

所属ジム 代表者

注意事項

- 写真 タテ 4.5cm×ヨコ 3.5cm (\*写真の裏に必ず氏名を記入すること) 無帽上半身の写真2枚(正装、カラー)
- 健康診断書 (B型肝炎・HIVの血液検査結果、3ヶ月以内)
- 受験申請書
- 受験料 ¥10,000- (\*自己都合により不参加となった場合、返金は出来ませんのでご了承ください。)

以上を事務局に現金書留にてご郵送ください。  
また、可否については2週間以内に申請書に記載された住所(居所)へ郵送いたします。

受付印