

第23回温海トライアスロン大会 リレーの部 参加申込書

チ ャ ム 名	
---------	--

代表者記入欄	ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日	生	性別
	氏名								男・女
			大会当日年齢		歳	プログラムに年齢を記載することに 同意する・同意しない			
	住所	〒 - - - - - 呼出 方							
	Tel	- - - - - 呼出 方							
緊急連絡先									

スイム	ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日	生	性別
	氏名								男・女
			大会当日年齢		歳	プログラムに年齢を記載することに 同意する・同意しない			
			Tシャツ希望サイズ	S・M・L・LL					
住所	〒 - - - - - 呼出 方								
	Tel	- - - - - 呼出 方							
緊急連絡先				過去の本大会出場回数					

バイク	ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日	生	性別
	氏名								男・女
			大会当日年齢		歳	プログラムに年齢を記載することに 同意する・同意しない			
			Tシャツ希望サイズ	S・M・L・LL					
住所	〒 - - - - - 呼出 方								
	Tel	- - - - - 呼出 方							
緊急連絡先				過去の本大会出場回数					

ラン	ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日	生	性別
	氏名								男・女
			大会当日年齢		歳	プログラムに年齢を記載することに 同意する・同意しない			
			Tシャツ希望サイズ	S・M・L・LL					
住所	〒 - - - - - 呼出 方								
	Tel	- - - - - 呼出 方							
緊急連絡先				過去の本大会出場回数					

チームPR（プログラムの選手紹介に掲載予定です。一言程度（50字以内）でご記入願います）

--

医療対策質問書

(リレーの部)

下記の質問事項に対して、「はい」の記入をされた方は、詳細も記入してください。

(選手選考には関係ありません)

	スイム			バイク			ラン		
氏名									
身長			cm			cm			cm
体重			kg			kg			kg
血液型			型 RH + ・ -			型 RH + ・ -			型 RH + ・ -
	はい	いいえ	詳細	はい	いいえ	詳細	はい	いいえ	詳細
1. 現在、医師の手当てを受けている疾病がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 現在、服用中の薬がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ある種の薬に対してアレルギーがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 海洋生物などの虫刺されに対して過敏症ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 大会医療班に特に知っておいてほしい症状がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 大会医療班に何か質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 心臓疾患で医療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. その他特記事項があればご記入ください。									

誓約書

私のチームは、**第23回温海トライアスロン大会**（以下大会と略す）への参加を承認された場合、下記の事を誓約致します。（本誓約書を提出しない場合は、出場資格を得ることができません。）

1. 私たちは、大会事務局が設けた**すべての規約、規則、指示に従うことに同意**します。
2. 私たちは、競技中及び付帯行事の開催中に負傷または死亡事故に遭遇した場合、その原因の如何を問わず、大会開催傷害保険による給付金のほかの責任の一切を免除します。
3. 私たちは、健康状態が良好であり、トレーニングも本大会参加に備えて十分であることを誓います。更に、医師の健康診断の結果、健康であることを保証されていることも誓います。
4. 私たちは、大会開催中に負傷したり、事故に遭遇したり、あるいは発病した場合には、私たちに**対し適切な処置が施こされることに異議を申し立てません。**
5. 私たちは、自分の所有品及び運動用具の管理について**一切の責任を持ちます。**
6. 私たちは、大会本部に対し、私たちの名前及び写真を自由に使用することを許可します。その対象には、大会に関連する放送、テレビ放映、ラジオ放送、新聞、雑誌、レコード、テープなどの報道をも含むことを認めます。
7. 私は大会で使用する**バイクを必ず各自で点検し、大会で車検を実施しないことに同意する。**
8. 私たちは、暴風雨、海上の荒れなど、気象状態の悪化により**競技が取消になった場合、私たちが支払った参加料が返金されないことを了承**します。
9. 私たちは、本大会への**申込書類のすべてが真実である**ことを誓います。

以上誓約いたします。（代表者本人署名捺印）

平成20年 月 日

印

上記誓約に同意します。（代表者家族署名捺印）

平成20年 月 日

印