

第17回 佐渡ジュニアトライアスロン大会 参加申込書

私は誓約項目に同意の上、大会に参加申し込みいたします。

◎ご希望の参加クラスに✓をご記入ください。

チェック欄	参加クラス	学年
<input type="checkbox"/>	入門クラス	小学1～6年生
<input type="checkbox"/>	ちびっこクラス	小学1～3年生
<input type="checkbox"/>	キッズクラス	小学4～6年生
<input type="checkbox"/>	ジュニアクラス	中学生

※ご記入いただきました個人情報は本大会事務局・エントリーデスクからの案内書送付、ご連絡以外には使用いたしません。

フリガナ				生年月日	性別	血液型
氏名				西暦 年 月 日 2018/12/31 現在 満 歳	男・女	型 RH ()
Nationality	*外国籍の方のみご記入ください。					
現住所	〒 -					
	都道府県	市・郡・区・町・村			番地・建物	
連絡先	□自宅 □携帯 ()		E-mail	@		
緊急連絡先	氏名 ※大会当日選手以外			電話番号		
保護者 記入欄	※私は契約項目に同意の上、大会参加を許可します。 保護者氏名 (印)					
学校名			学年	※2018/12/31 現在の学年を記入		
Tシャツ サイズ	150 ・ S ・ M ・ L					

レース成績	大会名： 開催日時：西暦 年 月 記録： 時間 分 秒 総合順位： 位					
競技歴	トライアスロン歴 年 佐渡大会出場： 回 / 完走： 回					
佐渡大会 参加年度	初出場 / 年 例) 2017 年 ※参加された直近の大会年度をご記入ください		ご親族のお申込み ※該当者のみ記入		氏名： 関係：	
自己PR	※当日のアナウンスに使用する場合もあります。(50文字以内)					

健康調査票

あなたの健康状態についておたずねします。下記事項は、レース中に万が一あなたが事故に遭遇、あるいは病気にかかった際に本大会医療・救護班に治療を施すため等に必要ですので正確にご記入ください。
また、個別に健康診断書・負荷心電図証明書等を提出していただく場合があります。

フリガナ		生年月日	性別	血液型
氏名		西暦 年 月 日 2018/12/31 現在 満 歳	男・女	型 RH ()

① 現在、病気や外傷のため、医師の診断・検査・治療（投薬・入院・手術）を受けていますか？ 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
② 過去に大きな病気をしたことがありますか？ ⇒ 病名 _____ いつ頃 _____	【 はい ・ いいえ 】
③ 既往症・アレルギーがありますか？ (ある場合⇒ 詳しく記入。特に食べ物・薬物アレルギーについては詳細にご記入をお願いします。) 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
④ 現在常用している医薬品はありますか？ (ある場合⇒ 医薬品の名前、種別、効能等のご記入をお願いします。) ※血圧のお薬を常用の方は必ずご記入ください。別途、処方箋の提出をお願いする場合があります。 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
⑤ 聴力・視力・言語について障がいがありますか？ (聴力に障がいがある方は、手話通訳が必要ですか？) 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
※特に医師から注意を受けていることや特記することがあればご記入ください。	

※個別に健康状態を確認させていただくことがあります。

<input checked="" type="checkbox"/> 提出書類のご確認をお願いします。 <input type="checkbox"/> 参加申込書 <input type="checkbox"/> 健康調査票
--

◆エントリー受付期間◆

平成30年3月1日(木)～4月27日(金) ※期間中の消印のみ有効

※ただし、申込期間中であっても定員に達した場合は、申込受付を締切らせていただきます。