

※この用紙は日本旅行の大会参加ツアー専用の申込書です。通常の参加申込へはご利用いただけません。

2026 佐渡国際トライアスロン大会 参加申込書

私は申込規約にある項目を確認・承諾の上、大会に参加申込いたします。

☐ 同意しました。 ※チェックを入れてください

◎ご希望の参加タイプに✓をご記入ください。

参加タイプ	<input type="checkbox"/> Aタイプ
	<input type="checkbox"/> Bタイプ

※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 2026/12/31 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ( )		E-mail		@												
緊急連絡先	氏名 ※大会当日選手以外						電話番号		Finisher ポロ サイズ		S/M/L/XL/3L						
保護者 記入欄	私は誓約項目に同意の上、大会参加を許可します。 保護者氏名 (印) ※未成年の方のみ																
2026 年度 会員登録番号				-			-					(			)	登録地 (加盟団体名)	
例)	1	0	0	-	1	2	-	1	2	3	4	5	(	1	2	)	

※トライアスロン都道府県競技団体・学連会員登録番号が未記入または登録が確認できない場合は受理いたしません。

レース成績	大会名： ※参加資格に該当する過去3年以内のレース成績												
	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) 2025 年 ※参加された直近の大会年度をご記入ください						スイム 予想タイム		※2kmの予想タイムを分換算でご記入ください。 分 例：46分は「46」と記入				
ご親族のお申込み※該当者のみ													
氏 名：						続 柄：							
自己 PR (チーム PR)	※当日のアナウンスに使用する場合があります。(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 2026/12/31 現在 満 歳	男・女	型 RH ( )

① 持病はありますか？ (「はい」とご回答をされた場合⇒ 持病の詳細についてご記入をお願いします。) 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
② 服用薬はありますか？ (「はい」とご回答をされた場合⇒ 服用薬の名前についてご記入をお願いします。) 服用薬の名前：	【 はい ・ いいえ 】
③ アレルギーがありますか？ (「はい」とご回答をされた場合⇒ アレルギーの詳細についてご記入をお願いします。) 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
④ 聴力・視力・言語について障がいがありますか？ (「はい」とご回答をされた場合⇒ 障がいについてご記入をお願いします。) 詳細：	【 はい ・ いいえ 】
⑤ 聴力に障がいがある方は、手話通訳が必要ですか？ ※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。	【 はい ・ いいえ 】

### ●運動を始める前の自己診断

次の6つに関する質問の中で 1 つでも「はい」があった場合や、65 歳以上で運動に慣れていない方は、運動を始める前に医師とご相談下さい。

☐ 同意しました。※チェックを入れてください

① 今までに心臓に問題があるから医師に許可された運動以外は行ってはいけないと医師に言われたことがありますか？	【 はい ・ いいえ 】
② 運動中に胸の痛みを感じますか？	【 はい ・ いいえ 】
③ めまいのためにふらついたり、気を失ったことがありますか？	【 はい ・ いいえ 】
④ 現在、血圧や心臓のお薬を飲んでいますか？ (「はい」とご回答をされた場合⇒ 服用薬の名前についてご記入をお願いします。) 服用薬の名前：	【 はい ・ いいえ 】
⑤ 運動で悪くなるような骨や関節の問題がありますか？	【 はい ・ いいえ 】
⑥ 上記の質問のほかに運動ができない理由が何かありますか？	【 はい ・ いいえ 】

■提出書類のご確認をお願いします。      ☐ 参加申込書      ☐ 健康調査票      ☐ 記録証明コピー