様式1　合宿申込書

一般社団法人日本聴覚障害者陸上競技協会

2017年度　第1回跳躍強化合宿担当者　宛

送り先　〒220-0073

神奈川県横浜市西区岡野1-20-22 L・classis横浜　204号室

**締切　6/30（金）（必着）**

**第１回跳躍強化合宿（横浜国立大学）参加申込書**

平成29（2017）年度 一般社団法人日本聴覚障害者陸上競技協会主催第1回跳躍強化合宿の

参加につきまして下記のように申し込みいたします。

名前　　　　　　　　　　　　　　　所属名（学校名）

住所

生年月日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日生まれ　　　　歳

種目　　　　　　　　　　自己最高記録　　　　　　　最寄り駅

振込先の変更　　　　有り　　　　　無し

　変更有りの場合　　　　銀行　　　支店（記号）口座番号：

「万一、不測の事故・ケガ等が発生した場合につきまして本協会は、応急処置の実施のみ行いますが、最終的に自己責任となります。」以上の規約に同意した上で本合宿に参加致します。

自筆（名前）　　　　　　　　　　　　　印

※その他の連絡（アレルギーなど）

※宿泊・お弁当について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7月7日** | **7月8日** | | **7月9日** |
| **宿泊** | **宿泊** | **お弁当** | **宿泊** |
|
|  |  |  |  |

宿泊される日程に○をつけてください。８日のみお弁当を支給いたします。お弁当が必要な方は◯を記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7月7日（到着時間） | 7月8日　到着及び出発時間  （途中参加及び帰宅の選手） | 7月9日出発時間（途中帰宅の選手）  もしくは（　　　）空港出発時間 |
|  |  |  |

※到着時間と出発時間を下記の欄にご記入ください。

様式2　選手健康カード（2017年度）

選手健康カード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般社団法人日本聴覚障害者陸上競技協会 | | | | | | | | | | | | |  |
| ※このカードの内容は当協会主催の遠征、合宿等の緊急時対応のみに使用いたします | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | 生年  月日 | | 年　　　月　　　日生　　（　　　　）才 | | | | | 血液型 |  |  |
| （種類） | | | （記号） | | | | | | （番号） | | | |  |
| 発行機関（保険者番号） | | | | | | | | | | （名称） | | |  |
| 保護者氏名 | | | | | | | | | | （緊急連絡先） | | |  |
| 顧問・監督氏名 | | | | | | | | | | （緊急連絡先） | | |  |
| 所属（学校名） | | | | | | | | | | （所属・学校連絡先） | | |  |
| 病院名 | | | | | | | | | | （連絡先） | | |  |
|  |
| （病名及び年齢）    （現在の状況） | | | | | | | | | | | | |  |
| �食物アレルギー | | なし・ | | | あり | | | （食品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �薬の副作用 | | なし・ | | | あり | | | （薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �注射の副作用 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �皮膚の症状 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �花粉症 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �その他 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| 薬品名 |  | | | | | |  | | | | | |  |
| 症　状 |  | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**第1回強化合宿に参加される方は提出が必要になります。**

**※（年間を通して1回のみご提出ください。）**

様式3 参加承諾書（未成年のみ《※20歳未満》）

                                                     　 平成　　　年　　月　　日

一般社団法人日本聴覚障害者陸上競技協会　御中

参 加 承 諾 書  （保護者・確認書）

2017年度日本聴覚障害者陸上競技協会主催 第1回跳躍強化合宿への参加につきましては、 保護者が一切の責任を持ち参加させますので御指導の程、宜しくお願い致します。

選手氏名；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

保護者名；　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

顧問名（中学・高校生のみ）； 印

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡先 |  |

　　　　　　◎ 参加に際してコーチ・指導者への連絡事項（必要な選手のみ記入）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　　＊この参加承諾書（保護者確認書）は合宿当日、本人が必ず持参し受付へ提出させてください。

**※（年間を通して毎合宿時にご提出ください。）**