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

第３回強化合宿及びユース育成・強化・発掘事業　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　10/30（火）（必着）

要項にある平成 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３回強化合宿及びユース育成・強化・発掘運動事業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）

名前

保護者氏名　　保護者連絡先

現住所

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　　銀行　　支店　　普通・当座・貯蓄　　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

お弁当が必要な所に〇をつけてください。宿泊される日程に〇をつけてください。

日にち	12 月 26 日（火）	12 月 27 日（水）	12 月 28 日（木）	12 月 29 日（金）
弁当				
宿泊				
備考				
連絡				

以下の欄に石垣島空港到着時間、石垣島空港出発時間をご記入ください。

12 月 26 日（到着時間）	12 月　　日　到着及び出発時間（途中参加及び帰宅の選手）	12 月　　日出発時間（途中帰宅の選手）
時　　分	時　　分	時　　分

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

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３回強化合宿及びユース育成・強化・発掘事業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

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。）