（様式１）

一般社団法人日本デフ陸上競技協会

第2回フィールド強化合宿 担当者　宛

**要項にある第3回合同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。**

　　　　　　　　　　　　　　　所属名（学校名）

保護者氏名（２０歳以上の方は不要）　　　　　　　　　　　　　保護者連絡先

現住所　　〒　　　−

生年月日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日生まれ　　　　歳

種目　　　　　　　　　　ＰＢ　　　　ＳＢ　　　　　　　最寄り駅　　　　　駅

振込先　　 　　　　　銀行　 　　　　　支店　　普通・当座・貯蓄　口座番号

口座名義人（カタカナ）

所属先または関係機関からの旅費支給 ：有 無（どちらかに○をお願いします。二重支給は法定上、不正受給に該当します。）

所属先からの支給有の方　旅費支給範囲：交通費のみ ・ 宿泊費のみ ・ 交通費と宿泊費

参加料・事務手数料振込日と金額：　　月　　　日（　　）　　　　　　　　　円

「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

様式2　選手健康カード（2020年度）

選手健康カード

|  |  |
| --- | --- |
| 一般社団法人日本デフ陸上競技協会 |  |
| ※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 |   |   |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

**強化合宿に初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

                                                     　 令和　　年　　月　　日

一般社団法人日本デフ陸上競技協会　御中

参 加 承 諾 書  （保護者・確認書）

2020年度日本聴覚障害者陸上競技協会主催　第2回棒高跳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

|  |  |
| --- | --- |
|  【緊急連絡先】   |  電 話 番 号： 氏 名：本人との関係： |

　　　　　　◎ 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。）**