（様式１）

一般社団法人日本デフ陸上競技協会

第1回投てきクリニック 担当者　宛

**要項にある第1回投てきクリニック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（アレルギーなど）

宿泊を希望する日に○をつけてください。※前泊・後泊は協会指定のホテルであればJPC対象となります。

|  |  |
| --- | --- |
| **往路** | **復路** |
| 月　　　日（到着時間）  出発空港名： 便名：  宿泊先： | 月　　　日出発時間  到着空港名：　　　　　　　　便名：  宿泊先： |
| 到着時間：　　　　　時　　　　　分 | 出発時間：　　　　時　　　　　分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日にち** | **〇〇月●●** |  |  |
| **宿泊** |  |  |  |
| 備考 |  |  |  |

航空機を使用する方は、以下の欄に空港到着時間、空港出発時間をご記入ください。

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1回投てきクリニック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。）**