

【強化合宿申込書】

(様式1)

一般社団法人日本デフ陸上競技協会

第1回合同強化合宿 担当者宛

要項にある第1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。

^{【ナマエ】}
名前 ランク 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 P B S B 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、不正支給に該当します。)

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)

参加日・宿泊日に○をつけてください。

	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16
参加					
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。

往路	復路
出発空港名 : 便名 :	出発空港名 : 便名 :
到着空港名 : 到着時間 :	到着空港名 : 出発時間 :
金額 :	金額 :

【強化合宿申込書】

様式2 選手健康カード (2022 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。)

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)

2022年度日本デフ陸上競技協会主催 第1回合同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。)