

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 担当者 宛

送り先：〒220-0073 横浜市西区岡野 1-20-22

L・classis 横浜 204号室

締切：1月18日（金）（必着）

要項にある平成30（2018）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） _____

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： _____

※振込先については、前回合宿と変更がある場合は記入して下さい。

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） _____

※宿泊は今回は自己負担となりますので、各自で手配して下さい。

※飲み物の用意はありますが、食事の用意はありません。

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。

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)

2018年度日本聴覚障害者陸上競技協会主催 第3回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

--

◎ 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。)