【強化合宿申込書】　　締切　12/2（月）（必着）

送り先〒220-0073　横浜市西区岡野 1-20-22 L・classis 横浜　204 号室

（様式１）

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　兼ユース育成強化合宿　担当者　宛

**要項にある第３回強化合宿兼ユース育成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　　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）

参加する日に○をつけてください。

| 日にち | 12 月 26 日 | 12 月 27 日 | 12 月 28 日 |
|---|---|---|---|
| 宿泊 | | | |
| 備考 | | | |

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。前泊・後泊は設けませんが、情報共有のためご記入ください。

| 往路 | 復路 |
|---|---|
| 12 月＿＿日（到着時間）<br>出発空港名：　便名：<br>宿泊先： | 12 月＿＿日出発時間<br>到着空港名：　便名：<br>宿泊先： |
| 到着時間：　時　分 | 出発時間：　時　分 |

【強化合宿申込書】　　締切　12/2（月）（必着）

送り先〒220-0073　横浜市西区岡野 1-20-22 L・classis 横浜　204 号室

様式2　選手健康カード（2019 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）<br>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）<br>（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。）

【強化合宿申込書】　　締切　12/2（月）（必着）

送り先〒220-0073　横浜市西区岡野 1-20-22 L・classis 横浜　204 号室

様式 3 参加承諾書

令和元年　　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）

2019 年度日本聴覚障害者陸上競技協会主催　第 3 回強化合宿　兼ユース育成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。）