【強化合宿申込書】　　締切　1/21（火）（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
トラック強化合宿　担当者　宛

要項にあるトラック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	2 月 25 日	2 月 26 日
宿泊		
お弁当		
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。

往路	復路
2 月＿＿日（到着時間）	2 月＿＿日出発時間
出発空港名：　便名：	到着空港名：　便名：
宿泊先：	宿泊先：
到着時間：　時　分	出発時間：　時　分

【強化合宿申込書】

締切　1/21（火）（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） 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。

【強化合宿申込書】　　**締切　1/21（火）（必着）**

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

※（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　トラック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。）