

第29回トライアスロン珠洲大会(Rタイプ)【参加申込書】

受付印

申込先

〒927-1213
 石川県珠洲市野々江町セの17の1 珠洲市健民体育館内
 「トライアスロン珠洲大会実行委員会」事務局
 TEL 0768-82-7831 FAX 0768-82-7100

チェック欄 (必ず確認)	
誓約書の署名・捺印	
質問書の確認	
保険証のコピー	
参加費振込み日 (5月2日(水)まで)	/

- ※ Rタイプは3人1組での参加となります。
- ※ 申込書類(記入漏れなし)・参加費納入の二つの確認が出来次第、受付完了となります。
- ※ 選手変更について (選手変更は、**6月30日(土)**までに変更の旨を事務局までご連絡下さい。)
- ※ 注 意 (上記期日以降は、**オープン参加**となります。チーム記録賞・完走賞はありません。)

【 締切日 : 平成30年5月2日(水)必着 】

チーム名	ふりがな	チーム代表者名
代表者住所 (送付物については、代表者の住所に送付します。)	現住所 (現住所の変更があった場合は、事務局までご連絡下さい。) 〒 _____ 都・道・府・県 電話番号 () _____ 携帯番号 _____ 緊急連絡先 _____ 電話番号 () _____	
スイム担当者	男 ・ 女 満 才	全面貼付け 写真の裏面に 氏名を楷書で 記入 一般履歴書用写真サイズ (4cm×3cm)
連絡先	電話番号 () _____ 緊急連絡先 () _____	
エントリーシャツサイズ (該当サイズに○)	S ・ M ・ L ・ O ※ ○印がない場合は、Lサイズとなります	
バイク担当者	男 ・ 女 満 才	全面貼付け 写真の裏面に 氏名を楷書で 記入 一般履歴書用写真サイズ (4cm×3cm)
連絡先	電話番号 () _____ 緊急連絡先 () _____	
エントリーシャツサイズ (該当サイズに○)	S ・ M ・ L ・ O ※ ○印がない場合は、Lサイズとなります	
ラン担当者	男 ・ 女 満 才	全面貼付け 写真の裏面に 氏名を楷書で 記入 一般履歴書用写真サイズ (4cm×3cm)
連絡先	電話番号 () _____ 緊急連絡先 () _____	
エントリーシャツサイズ (該当サイズに○)	S ・ M ・ L ・ O ※ ○印がない場合は、Lサイズとなります	
チームのPR(ゴール時のアナウンス等に使用します)		

第29回トライアスロン珠洲大会(Rタイプ)【参加誓約書】

私は、「第29回トライアスロン珠洲大会(大会開催日:平成30年8月25、26日)(以下、大会と略す)」の参加にあたり、(公益社団法人)日本トライアスロン連合(以下、JTUと略す)の競技規則、大会主催者(以下、主催者と略す)の設けた大会規則、ローカルルールを遵守し、大会内容および次のことを理解し、承諾して大会に参加いたします。

- 【競技特性の理解】** 私は、トライアスロン競技または関連するスポーツ(水泳・自転車・長距離走など)経験が十分にあり、大会が変化の激しい環境の中で行われる複合競技である事を理解しています。また競技者の体調は、急激に変化する特性があることを認識し、大会会場が不安定要素の多い野外や施設などの広い範囲に特設される為、緊急時の救護あるいは対応に支障をきたす可能性が高いことをよく理解し、安全管理・健康管理には十分な注意を払い、万全の体勢で大会に参加いたします。
- 【健康状態の申告】** 現在、私の健康状態は良好であり、大会の参加に何ら問題を生じることは予想されません。さらに私は、医師の健康診断(大会日より1年以内)の結果、健康であることが確認されています。また、アレルギー体質、過敏症などの特異体質や既往症など、さらには宗教上その他の理由などにより、大会医療班が緊急医療の為に知っておいてほしいことがある場合は、事前に主催者に書面で申告いたします。なお、大会主催者から要請があれば、健康診断書・負荷心電図証明書などを提出いたします。
- 【自己管理責任と応急処置の承諾】** 私は、参加個人の自覚と責任により、大会開催中に私が負傷や、事故に遭遇し、あるいは発病した場合には、医師及び主催者が私に対し応急処置を施すことを承諾し、その応急処置の方法及び結果に対しても異議を唱えません。
- 【負傷・死亡事故の免責】** 私および家族、保護者等の関係者は、競技中および付帯行事の開催中に負傷した場合、またはこれらに基づいた後遺症が発生した場合、あるいは死亡した場合においても、その原因のいかんを問わず、大会に係る全ての大会関係者に対する責任の一切を免除いたします。また、私に対する補償は大会に掛けられた保険の適用範囲内であることを確認し承諾いたします。従って、私はここに、私自身、私の遺言執行人、管財人、相続人、近親者などのいずれかから、私が被った一切の傷害について賠償請求、訴訟の提起およびそれらのための弁護士費用などの支払請求を行わないことを誓います。大会で加入する保険について、競技中の負傷に対する実行委員会の保証は、大会において加入する保険の適用範囲内です。また、機材・備品の補償は一切ありません。特定疾病の範囲＝急性心疾患・急性脳疾患・日射病・熱中症・低体温症に関しては、死亡・後遺障害・入院通院見舞金は、保証されません。約款上は、往復途上は保険対象外となりますのでご了承ください。普段の練習も含めて不足と思われる方は、特定疾病保険・自転車保険等、各自において別途加入してください。
- 【不可抗力事項の免責】** 私は、気象条件の悪化及び、競技環境の不良等主催者の責に帰すべからざる事由により大会が中止となった場合、または競技内容に変更があった場合、私自身の大会無関係車両(一般車両)等に対しておこした事故の場合、さらに競技用具の紛失・破損等により競技あるいは競技参加に支障が生じた場合において、主催者に対してその追及や経費の請求をしないこと、また本大会規則により対応することを同意します。
- 【肖像権等の広報使用と商業的利用】** 私は、私の肖像・氏名・住所・年齢・競技歴など個人情報が、大会に関連する広報物全般及び報道・情報メディア・Webサイトにおいて使用されることを承し、それによる主催者及び管轄団体が製作する広告印刷物・ビデオ・情報メディアによる商業的利用を承諾いたします。
- 【親族等の参加承諾】** 私は、私の家族・親族または保護者が、本誓約書に基づく大会の内容を理解し承し、私の大会参加を承諾しています。また、本誓約書以外のことについては、JTU 競技規則および大会規則に従い、解決することを承諾いたします。

第29回トライアスロン珠洲大会主催者 御中

私は、以上のことを理解し承諾したことを誓い、次に必要事項を明記し署名・捺印いたします。

参加者自筆署名・捺印(必須) 『スイム担当者』

保護者署名・捺印(必須)

_____年 月 日 _____年 月 日
(未成年者は、保護者の署名・捺印が必要です)

現住所 〒 _____

都・道・府・県

参加者自筆署名・捺印(必須) 『バイク担当者』

保護者署名・捺印(必須)

_____年 月 日 _____年 月 日
(未成年者は、保護者の署名・捺印が必要です)

現住所 〒 _____

都・道・府・県

参加者自筆署名・捺印(必須) 『ラン担当者』

保護者署名・捺印(必須)

_____年 月 日 _____年 月 日
(未成年者は、保護者の署名・捺印が必要です)

現住所 〒 _____

都・道・府・県

【質問書(Rタイプ)】

受付印

チーム名 _____

『 スイム担当者 』

ご住所	〒 _____ 都・道・府・県		
ふりがな			TEL
名前			緊急時 TEL どちら様の連絡先ですか? ()
年齢 歳	身長 cm	体重 kg	血液型 (RH + -)
①	現在、病気や外傷のため、医師による診察・検査・治療を受けていますか? →(はい)と答えた方…何の治療を受けられていますか? []		はい ・ いいえ
②	過去に大きな病気をしたことがありますか? →(はい)と答えた方…何の病気ですか? []		はい ・ いいえ
③	現在、お薬を服用していますか? →(はい)と答えた方…何のお薬を服用していますか? []		はい ・ いいえ
④	薬・食品・その他、何かに対してアレルギー体質ですか? →(はい)と答えた方…何のアレルギーですか? []		はい ・ いいえ
⑤	過去に心臓病と診断され、治療を受けたことがありますか?		はい ・ いいえ
⑥	万一、輸血を必要とする状態に陥った場合、通常の輸血を行うことに支障がありますか?		はい ・ いいえ
身体に異常のある箇所			

『 バイク担当者 』

ご住所	〒 _____ 都・道・府・県		
ふりがな			TEL
名前			緊急時 TEL どちら様の連絡先ですか? ()
年齢 歳	身長 cm	体重 kg	血液型 (RH + -)
①	現在、病気や外傷のため、医師による診察・検査・治療を受けていますか? →(はい)と答えた方…何の治療を受けられていますか? []		はい ・ いいえ
②	過去に大きな病気をしたことがありますか? →(はい)と答えた方…何の病気ですか? []		はい ・ いいえ
③	現在、お薬を服用していますか? →(はい)と答えた方…何のお薬を服用していますか? []		はい ・ いいえ
④	薬・食品・その他、何かに対してアレルギー体質ですか? →(はい)と答えた方…何のアレルギーですか? []		はい ・ いいえ
⑤	過去に心臓病と診断され、治療を受けたことがありますか?		はい ・ いいえ
⑥	万一、輸血を必要とする状態に陥った場合、通常の輸血を行うことに支障がありますか?		はい ・ いいえ
身体に異常のある箇所			

『 ラン担当者 』

ご住所	〒 _____ 都・道・府・県		
ふりがな			TEL
名前			緊急時 TEL どちら様の連絡先ですか? ()
年齢 歳	身長 cm	体重 kg	血液型 (RH + -)
①	現在、病気や外傷のため、医師による診察・検査・治療を受けていますか? →(はい)と答えた方…何の治療を受けられていますか? []		はい ・ いいえ
②	過去に大きな病気をしたことがありますか? →(はい)と答えた方…何の病気ですか? []		はい ・ いいえ
③	現在、お薬を服用していますか? →(はい)と答えた方…何のお薬を服用していますか? []		はい ・ いいえ
④	薬・食品・その他、何かに対してアレルギー体質ですか? →(はい)と答えた方…何のアレルギーですか? []		はい ・ いいえ
⑤	過去に心臓病と診断され、治療を受けたことがありますか?		はい ・ いいえ
⑥	万一、輸血を必要とする状態に陥った場合、通常の輸血を行うことに支障がありますか?		はい ・ いいえ
身体に異常のある箇所			

【保険証のコピー(Rタイプ)】

チーム名 _____

『 スイム担当者 』

こちらに健康保険証の券面が読み取れるよう
コピーを貼付ください

『 バイク担当者 』

こちらに健康保険証の券面が読み取れるよう
コピーを貼付ください

『 ラン担当者 』

こちらに健康保険証の券面が読み取れるよう
コピーを貼付ください