

第19回 筑後川カップスロンin原鶴温泉大会 参加申込書

氏 名	フリガナ	生 年 月 日 西 暦	年 月 日 生	年 齢	大会当日 歳	性 別	
	男					女	
自 宅 住 所	フリガナ	※マンション名、号室は正確に記入してください。					
	〒	都 道 市 府 県 郡					
TEL	— —	E-mail					
携 帯	— —						
緊急連絡先 (氏名)	続柄 ()		所属クラブ				
緊 急 連絡先	TEL — —	出場回数	(ブレ大会を含め) 回目				
		ご入金予定日	月 日 ※ご入金があった選手の方からの先着150名				
■ウエットスーツ着用義務！ ウエットスーツのない場合、ライフジャケットを無料貸与。 ※ライフジャケット希望者は要を○で囲む。(大会当日受付渡し) ■スイムキャップ持参 ■バイクはロード・TT・クロスバイクに限定 (MTBIは不可)		要	申 込 先	【郵送】 〒838-1514 福岡県朝倉市杷木久喜宮1890-1 筑後川カップスロンin原鶴温泉 大会事務局 師岡哲也 宛 ※郵送に引き続き参加費をお振込みください。			

誓 約 書		私は、第19回「筑後川カップスロンin原鶴温泉」大会（以下大会と略）に参加するにあたり、次のことを誓約します。			
記	1 本大会に参加するにあたり、ローカルルール及び主催の設ける全ての規則・指示等に従うことに同意します。 2 競技及び大会イベント開催中、所持品（含車両）等の盗難・破損・事故等が発生した場合、主催者に対して一切の責任を求めません。 3 健康状態は良好であり、本大会の参加に向けて十分なトレーニングを行います。 4 主催者からの要請があれば、医師の診断により健康状態が良好である旨の診断書を提出することができます。 5 本大会が過酷かつ危険な競技であることを十分に承知しており、競技中及び大会イベント開催中、負傷又は死亡事故が発生した場合、主催者に対して一切の責任を求めません。 6 競技中、負傷又は発病した場合、医療チームにより身体に対して適切な処置が施されることに同意します。 7 競技中、過度の疲労、競技力不足又は事故等により競技の続行に支障があると判断された場合、強制的にリタイアさせられることに同意します。 8 参加申込締切り後のキャンセル又は荒天等によりやむなく競技が中止になった場合、参加費の払い戻しのないことに同意します。 9 肖像・氏名・年齢等が、マスメディア及び本大会に関する広告物等全般において使用されることに同意します。				
	※参加者が18歳未満の場合、次のとおり保護者の同意が必要です。				
2025 年 月 日	参加者 署名	2025 年 月 日	保護者 署 名		
【注意】主催者側は保険に加入しておりませんので、各自で準備ください					

質 問 書		緊急時などに医療チームの基礎データとしますので、必ず次の質問にお答えください。			
身 長	cm	①現在、医師による治療を受けている → いいえ ・ はい (病 名 :)			
体 重	kg	②現在、薬を服用している。 → いいえ ・ はい (服薬名 :)			
		③アレルギー体質である。 → いいえ ・ はい ()			
血液型	型 RH ()	④過去に心臓疾患の病歴がある。 → いいえ ・ はい ()			
		⑤他に申告すべき疾患、症状がある。 → いいえ ・ はい ()			
※上記質問に「はい」と答えた方は、次のとおり家族の同意が必要です。 私は、上記の者が本大会に参加することに同意します。		2025 年 月 日	家 族 署 名	続 柄	

<備考> ※大会へのコメントなどがありましたらご記入ください。