

第19回『視覚障害者健康マラソン東京大会』

選手 参加申込書

平成 年 月 日

フリガナ	(点訳するので必ずフリガナを振って下さい)				
お名前	大正	昭和	平成	年	月 日生
	男	女	年齢(歳)		
住所	〒			身長	Cm
				Tシャツサイズ	L M
電話					
携帯					
自宅以外の連絡先	<名称>		<電話>		
所属クラブ名・学校・施設名					
点字のプログラムについて	必要	不要	(ご希望を で囲んで下さい。尚、墨字プログラムは全員に付きます)		
出場種目	km	予想タイム	時間	分	ランニングの経験 あり なし
伴走者について 該当番号を で 囲んで下さい	1・伴走者は自分で探す 2・伴走者を紹介してほしい 3・単独走のため伴走者は不要				

伴走者を自分で手配するかたは伴走者の承諾を得て下記またはボランティア申込書にご記入ください。

伴 走 者	フリガナ	(点訳するので必ずフリガナを振って下さい)			
	お名前	大正	昭和	平成	年 月 日生
		男	女	年齢(歳)	
	住所				
	電話		携帯		
所属クラブまたは 勤務先・通学先					

誓約書

私(参加者)は自らの責任において参加し、どのような傷病・紛失・盗難及びその他の事故について一切の私の責任において処理し主催者側には迷惑を掛けない事、および大会事項・指示・注意事項などを守ること、申込書記載事項が事実かつ正確であることを誓います。
マラソン大会は死亡・障害・損失をもたらす可能性があることを認識して参加します。
本大会で撮影した写真および映像の肖像権は本大会に帰属することを了承します。

平成 年 月 日	参加者署名	(印)
	保護者署名	(印)

参加者ご本人が18歳未満の場合は保護者の同意と署名・捺印が必要です。

	八	券	入	金	ナ	ズ	ー	大会本部 使用欄