

※レースNo. : _____

←※(大会事務局で記入)

氏 名 : _____

大会参加承諾書(確認書)

私は、「虹の松原トライアスロンin唐津(開催日:平成28年6月18日)(以下、大会と略す)」への参加にあたり、(社)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・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。

<競技特性の理解と参加適性>

1. 私は、トライアスロンあるいはこれに関連するスポーツ経験が十分あり、大会が変化の激しい環境のなかで行われる複合競技であることを理解しています。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、大会会場が不安定な要素の多い野外あるいは施設などの広い範囲に特設されるため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良く理解しています。

<健康状態と事前申告>

2. 現在、私の健康状態は良好であり大会の参加に問題を生じることは予想されません。さらに私は、最近1年間の医師の健康診断結果、健康であることが確認されています。また、特異体質や既往症などにより、大会医療班が緊急医療のため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、主催者からの要請があれば、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>

3. 私は、参加者個人の自覚と責任において、安全と健康に十分な注意をはらい大会に参加します。また、大会開催中に私が負傷したり、事故に遭遇し、発病した場合には、医師およ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および結果に対しても異議をとえません。

<負傷・死亡事故の補償範囲>

4. 私は、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、私に対する補償は、大会に掛けられた保険の範囲内であることを確認し承諾(承諾)します。

<不可抗力事項の対応>

5. 気象状況の悪化および競技環境の不良などにより、大会中止または競技内容変更があった場合、大会への参加のために要した諸経費(参加費を含む)の支払請求を行わないことを承諾します。さらに、競技用具の紛失・破損などにより競技全般に支障が生じた場合は、JTU競技規則および大会規則により対応することに同意します。

<肖像権などの広報使用と商業的利用>

6. 私の肖像・氏名・住所・年齢・競技歴・自己紹介内容などが、大会に関連する広報物全般および報道・情報メディアにおいて使用されることを了承し、これらに付随して、主催者・管轄競技団体が制作する印刷物・ビデオ・情報メディアなどによる商業的利用を承諾します。

<親族の承諾と調停>

7. 私の家族・親族または保護者は、本承諾書(確認書)にもと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、本承諾書(確認書)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致します。

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確認するために、次に必要事項を明記し署名します。

■参加者署名 日付：平成 年 月 日

■保護者署名 日付：平成 年 月 日

氏名： _____ (押印不要)

氏名： _____ (押印不要)

住所： _____

※未成年者は保護者署名が必要です。

JTU番号： _____

質問書

下記の事項は、レース中に万一あなたが事故に遭遇したり或いは急病になった時に救護班が適切に処置を施すために絶対必要なものです。質問事項に必ず記入して下さい。

身長： _____ cm 体重： _____ kg 血液型： _____ 型 RH (+ ・ -)

	質 問 事 項	回 答 (口にレをつけて下さい。「はい」の場合は説明記入)
1	現在発病中、或いは再発中の疾病があり医師の手当てを受けていますか	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、薬を服用中ですか	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ
3	何かの薬品に対しアレルギー体質ですか	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ
4	クラゲなどの海洋生物や虫刺されなどに対し過敏性ですか	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ
5	救護班に特に知ってもらいたい病気または症状がありますか	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ
6	過去に心臓疾患で医師に診てもらった事がありますか	<input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ