

第29回石垣島ジュニアトライアスロン大会

誓約書

私(競技者)は、石垣島ジュニアトライアスロン大会へ参加するにあたり、以下のことに誓約します。

1. 私(競技者)は、大会主催者が設けた全ての規則、指示に従うことに同意します。
2. 私(競技者)は、本競技が危険を伴う競技である事を十分に承知しており、競技中及び付帯行事開催中に負傷又は死亡した場合参加者及び家族、保護者、関係者はその原因の如何を問わず、大会主催者が加入する傷害保険による保険金給付の他は、大会主催者及び大会関係者に対する一切の責任を問いません。
3. 私(競技者)は、競技中及び付帯行事開催中、参加者又は同伴者の所持品及び運動用具に対し一切の責任を持ちます。
4. 私(競技者)は自己の健康状態が良好であり、競技に備えてトレーニングも十分であることを誓います。
5. 大会開催中に私(競技者)がケガをしたり、あるいは事故、病気になった場合には、私(参加者)に対し適切な処置が施されることに異議ありません。
6. 私(競技者)は新型コロナウイルス感染症拡大等の社会的状況の変化、気象状況の悪化及び競技環境不良などによって、競技中止の場合又は参加者が個人の事情により参加を取りやめた場合において、参加者が支払った参加料が返金されないことを了承します。
7. 私(競技者)の肖像権・氏名・性別・年齢・競技歴・写真などが大会に関連する広報物全般及び報道メディア等に使用される事を了承します。

令和7年 月 日

競技者署名

令和7年 月 日

保護者自筆署名捺印

印

石垣島ジュニアトライアスロン大会事務局(石垣市総合体育館内)

TEL：(0980)82-1820

質 問 書

下記事項は、レース中に万一あなたが怪我をしたり、事故にあったり、あるいは病気になったりした場合、適切な手当を行うために重要な事項です。質問事項に「はい」と答えた方は、詳しい内容を（ ）内に記入してください。

①現在発病中、あるいは再発中の病気があり医師の手当を受けていますか？
いいえ はい （ ）

②現在薬を服用中ですか？
いいえ はい （ ）

③薬品に対してアレルギー体質ですか？
いいえ はい （ ）

④虫さされなどに対して過敏症ですか？
いいえ はい （ ）

⑤主催者に特に知ってもらいたい病気や症状はありますか？
いいえ はい （ ）

⑥過去に心臓疾患で医師に診てもらったことがありますか？
いいえ はい （ ）

⑦その他保護者が主催者に伝えたいことがありましたら記入してください。

フィニッシュ時のアナウンス紹介記事を簡潔にご記入下さい。

※フィニッシュ時の混み具合で、アナウンスできない場合(部分)もありますのでご理解下さい。

第29回 石垣島ジュニアトライアスロン大会

誓約書

私(競技者)は、石垣島ジュニアトライアスロン大会へ参加するにあたり、以下のことに誓約します。

1. 私(競技者)は、大会主催者が設けた全ての規則、指示に従うことに同意します。
2. 私(競技者)は、本競技が危険を伴う競技である事を十分に承知しており、競技中及び付帯行事開催中に負傷又は死亡した場合参加者及び家族、保護者、関係者はその原因の如何を問わず、大会主催者が加入する傷害保険による保険金給付の他は、大会主催者及び大会関係者に対する一切の責任を問いません。
3. 私(競技者)は、競技中及び付帯行事開催中、参加者又は同伴者の所持品及び運動用具に対し一切の責任を持ちます。
4. 私(競技者)は自己の健康状態が良好であり、競技に備えてトレーニングも十分であることを誓います。
5. 大会開催中に私(競技者)がケガをしたり、あるいは事故、病気になった場合には、私(参加者)に対し適切な処置が施されることに異議ありません。
6. 私(競技者)は新型コロナウイルス感染症拡大等の社会的状況の変化、気象状況の悪化及び競技環境不良などによって、競技中止の場合又は参加者が個人の事情により参加を取りやめた場合において、参加者が支払った参加料が返金されないことを了承します。
7. 私(競技者)の肖像権・氏名・性別・年齢・競技歴・写真などが大会に関連する広報物全般及び報道メディア等に使用される事を了承します。

令和7年 月 日
スイム担当 競技者署名 _____

保護者自筆署名捺印 _____ (印)

令和7年 月 日
バイク担当 競技者署名 _____

保護者自筆署名捺印 _____ (印)

令和7年 月 日
ラン担当 競技者署名 _____

保護者自筆署名捺印 _____ (印)

石垣島ジュニアトライアスロン大会事務局 (石垣市総合体育館内) TEL : (0980) 82-1820

質 問 書

下記事項は、レース中に万一あなたが怪我をしたり、事故にあったり、あるいは病気になったりした場合、適切な手当を行うために重要な事項です。質問事項に「はい」と答えた方は、詳しい内容を（ ）内に記入してください。

①現在発病中、あるいは再発中の病気があり医師の手当を受けていますか？
いいえ はい （ ）

②現在薬を服用中ですか？
いいえ はい （ ）

③薬品に対してアレルギー体質ですか？
いいえ はい （ ）

④虫さされなどに対して過敏症ですか？
いいえ はい （ ）

⑤主催者に特に知っててもらいたい病気や症状はありますか？
いいえ はい （ ）

⑥過去に心臓疾患で医師に診てもらったことがありますか？
いいえ はい （ ）

⑦その他保護者が主催者に伝えたいことがありましたら記入してください。

フィニッシュ時のアナウンス紹介記事を簡潔にご記入下さい。

※フィニッシュ時の混み具合で、アナウンスできない場合(部分)もありますのでご了解下さい。
