第19回チャレンジカラテトーナメント出場申込書

大会実行委員会事務局
宮地　政樹　　殿

平成29年8月13日（日） 道立総合体育センター 北海きたえ～る メインアリーナ にて開催

平成29年6月30日（金） 大会実行委員会事務局必着

参加申し込みを記入提出することにより貴大会ルールを遵守し、大会における事故、過失等における死亡、怪我、後遺症等の一切の責任を主催者および関係者、相手選手に請求しないことを誓約いたします。また、ジャッジについて一切のクレームを申し立てないことを了解のうえ申込みをいたします。

※下記の欄は団体代表者がご記入下さい。　　記入日　2017年　月　日

所属道場 □□		代表者名	㊞
道場住所	〒　　☎		

※ここから下の欄は、参加選手が記入。

ふりがな / 氏　名 □□□	㊞	※未成年者は保護者本人が記入捺印して下さい。 保護者名	㊞		
生年月日	西暦　年　月　日	年令	歳	性別	□男　□女
住　所					
電話番号		身　長	cm	体　重	Kg
修業年数	年　ヶ月	級段位	段・級（　帯）		
職　業 □□□	□社会人　□高校・大学生　□中学生　□小学（　年生）　□幼年				
ふりがな / 学校名 □□□		市町村名 □□□	都府県	市　区	

※パンフレットには、道場名が記載されます。フリー出場はできません。

出場種目	硬式・フルコン・グローブ ・型（Wエントリー可）	種目番号	
過去の大会入賞歴			
既応歴	過去3ヶ月の脳震盪の有無 ⇒ 有 ・無	心臓病不整脈の有無 ⇒ 有 ・無	
	感染症（エイズ・B型肝炎等）の有無 ⇒ 有 ・無	高血圧の有無 ⇒ 有 ・無	
	女性のみ（該当するものに○） 過去3ヶ月以内に 妊娠 骨盤部の痛み 異常膣出血 乳房機能不全		
スポーツ保険加入の有無	有 ・ 無	＊必ず各団体にてスポーツ保険にはご加入のうえ出場のこと。	

個人情報保護法を順守し、大会主催者は参加申込書および名簿の管理には万全を期すとともに申込者への資料送付および情報の提供以外には一切使用いたしません。

	※参加費受領　月　日　受領　領収