

# 水戸黄門まつり第33回那珂川遠泳大会

## 【 誓 約 書 】

主催者 様

私は、大会の目的及び要項の内容を十分に理解し、下記の事を誓約致します。

### 記

- 1 大会参加を希望致しますので、期日内に参加料を添えて申し込みます。
- 2 自身の健康状態は良好であり、大会参加に備えて十分にトレーニングを行います。
- 3 大会開催中の負傷や事故あるいは発病した場合には、自身に対し応急処置が施されることに異議を申しません。又、その応急処置の方法及び結果に対しても異議を申しません。
- 4 大会開催中に負傷又は死亡事故が発生した場合、更にこれらに基づいて後遺症が発生した場合においては、その原因の如何を問わず、大会主催者が承認したすべての大会関係者に対する責任の一切を免除し、自身に対する保証は、大会に掛けられた保険の範囲内であることを了承します。
- 5 主催者により大会続行に支障があると判断された場合、主催者の中止勧告には即刻従います。
- 6 気象状態の悪化及び遠泳環境の不良等により、大会の開催がやむを得ず中止になった場合、又は内容に変更があった場合、更には、理由の如何を問わず大会を欠席する場合においても私が支払った参加申込金が返金されないことを了承します。併せて、参加のために要した諸経費の支払い請求等を一切行ないません。
- 7 大会開催日までに、居住している地域で新型コロナウイルス感染症に伴う緊急事態宣言もしくは自粛要請など、何らかの要請が発令された場合、当該者は出場及び参加を辞退すること。
- 8 65歳以上の方、基礎疾患を有する方の場合、新型コロナウイルス感染症の重症化するリスクが高い旨を認識した上で参加すること。
- 9 自身の家族・親族又は保護者においても大会の内容を理解し、大会参加を承諾しています。
- 10 大会への応募用書類の総ての記載事項が真実かつ正確であることを誓います。

■記載漏れのないよう枠内を全てご記入ください。また、印のないものは無効とし、参加を認めません。

令和5年 月 日

### 【参加者自筆署名捺印】

氏 名

印

住 所

### 【家族代表自筆署名捺印】

氏 名

印

続 柄

\*参加者が成人未滿の場合は、保護者が自筆署名捺印のこと。

# 水戸黄門まつり第33回那珂川遠泳大会 参加申込書

■保険加入のため、正確にご記入ください。

ふりがな		性別					
氏名			年	月	日生	歳	
住所	〒	-	自宅電話番号	-	-		
			携帯電話番号	-	-		
職業または学校名・学年	(職業)		(学校名)		(学年)	年	
大会期間中の緊急連絡先	(氏名		) (続柄		) (電話番号	-	-

【泳力審査】該当する項目に  を付け、必要な事項をご記入ください。

参加実績	<input type="checkbox"/> 昨年参加した	<input type="checkbox"/> 以前に参加したことがある	<input type="checkbox"/> はじめて参加
参加泳法	<input type="checkbox"/> 平泳ぎ	<input type="checkbox"/> 横泳ぎ	
1週間平均練習回数	回	1週間平均練習距離	m
		10分間に泳げる距離	m

【健康調査】この調査は、あなたの健康状態を把握し、大会期間中の医療救護に活用いたします。

身長	cm	体重	kg	血液型	型
現在、薬を服用している場合には、薬の名前を記入してください。 (薬の名前: )					
食物、薬物等のアレルギーがある場合には、記入してください。 ( )					

アまたはイ〜カの該当する項目に  を付け、必要な事項をご記入ください。

ア	<input type="checkbox"/> 健康面で異常はない。(※イ〜カに該当項目がない場合は、医師の証明が不要です)
イ	<input type="checkbox"/> 現在、体調がすぐれない。(症状: )
ウ	運動時に、次のような症状がある。(該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> たちくらみ <input type="checkbox"/> どうき <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 )
エ	<input type="checkbox"/> 心電図または運動負荷心電図をとり、異常がみられた。
オ	現在治療中または過去にかかった病気がある。(該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 結核性疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他(病名: )
カ	<input type="checkbox"/> その他、医師から注意を受けていることや、健康面で不安なことがある。

イ〜カに該当する場合は、医師の診断を受けた上で、医師証明欄に記入してもらうか、「本大会に出場しても差し支えない」旨記載された「医師の診断書」を本書と併せ提出。

医師証明欄	上記の者、現時点において本大会に出場しても差し支えないことを証明します。 令和5年                      月                      日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師名 _____ 印
-------	---

主催者は、個人情報保護に関する法令を遵守し、適正な管理を行うとともに、個人情報の保護に努める。取得した個人情報は、本人への大会に関する諸連絡または緊急時における緊急連絡先・医療機関・保険会社との連絡以外の目的に使用いたしません。