

2018年8月19日(日)開催

# サンポート高松トライアスロンジュニアトライアスロン教室

## 参加申込書

締め切り **8月13日** 必着、郵送またはFAXにてお送りください。

(FAXでお申込の場合は、必ずこの参加申込書を当日受付までお持ちください)

住 所	〒 _____		
電話番号	( _____ )	(当日) 緊急連絡先	( _____ )
保護者氏名 (申込者)	氏(ふりがな)	名(ふりがな)	参加者との 関係
	_____	_____	
			父・母・兄弟姉妹・ 祖父・祖母・その他

### 参加者①

氏 名	氏(ふりがな)	名(ふりがな)	学 校 名	_____ 学校
	_____	_____		
性 別	男・女		学 年	_____
生年月日	西暦	年 月 日生	レンタル	ヘルメット ※数に限りがあります
血液型	A・B・O・AB / +・-		(必要の場合)	

### 参加者②

氏 名	氏(ふりがな)	名(ふりがな)	学 校 名	_____ 学校
	_____	_____		
性 別	男・女		学 年	_____
生年月日	西暦	年 月 日生	レンタル	ヘルメット ※数に限りがあります
血液型	A・B・O・AB / +・-		(必要の場合)	

## 誓 約 書

私は、自己の健康管理に細心の注意を払い、教室中の事故等については、自己の責任においてこれを処理し、一切主催者側にその責任を問わないことを誓って参加申込を致します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

参加者 自筆署名捺印

保護者 自筆署名捺印

印

印

## 参加申込先

〒760-0025

香川県高松市古新町7-6 (一社)高松市トライアスロン協会  
サンポート高松トライアスロン大会実行委員会事務局

FAX: 087-811-6715

TEL: 050-8882-5252

[電話対応 平日10:00~17:00]