

同意書

津別エンデュランス馬術大会 実行委員会
会長 大矢根 憲太郎 様

参加者氏名_____ 生年月日 年 月 日

この度の第6回津別エンデュランス馬術大会に出場することに同意いたします。
また、自己の責任に基づく怪我等の事故が発生した場合は、私の責任において処理いたします。

平成 17 年 月 日

保護者住所氏名 住所_____

氏名_____印

(満20歳未満の競技出場者は、必ず提出のこと。)

第 6 回津別エンデュランス馬術大会

振込内訳表

TEL : _____

団体（個人） _____ 様

FAX : _____

内 容	単 価	申 込 数	計
参 加 料	80.60 km	15,000 円	円
	40 km	10,000 円	円
仮設厩舎使用料	15 日	1,500 円	円
	16 日	1,500 円	円
	17 日	1,500 円	円
仮設放牧場使用料	15 日	500 円	円
	16 日	500 円	円
	17 日	500 円	円
乾牧草（チモシー草：1 梱包 15 kg）	600 円		円
宿 泊 代 （大広間）	1 日	500 円	円
弁 当 代	16 日	1000 円	円
合 計			円

* 申込み事項と合計金額をご記入の上、事務局へ郵送または FAX にてお送り下さい。

月 日 () 必着

〒092-0234

北海道網走郡津別町字旭町65-102

津別エンデュランス馬術大会 実行委員会

事務局 西村 実

TEL / FAX : 01527-6-3130

第6回津別エンデュランス馬術大会

< 特筆すべき病歴等 >

* 過去の疾病等

主治医の氏名 _____

住所 〒 _____

* 過去に外科手術（年月日記載）

電話番号： _____

FAX： _____

あなたの氏名（ふりがなを記入のこと）

* アレルギー

生年月日 _____（満 歳）

住所 〒 _____

* 常備薬

電話番号： _____

FAX： _____

所属団体名

< 緊急連絡先 >

氏名 _____

住所 〒 _____

続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号： _____

FAX： _____

電話番号： _____

輸血必要時 承諾する / 承諾しない

携帯番号： _____

血液型 A B O AB RH(・)

コンタクトレンズ している / していない

* 必要事項を記入の上、 月 日 () までに FAX または郵送にてお送り下さい。
(必要な枚数をコピーしてお使い下さい。)

津別エンデュランス馬術大会 実行委員会

TEL / FAX : 0 1 5 2 7 - 6 - 3 1 3 0

第6回津別エンデュランス馬術大会参加申込書 (80,60.40 km)

住所 〒 _____

氏名または団体名 _____

選手名	生年月日	血液型	騎乗資格	加入保険	馬匹名 番 号	生年月日	性別	品 種	特 徴	最終伝貧検査 日	日本脳炎接種 日	備 考
	性別 (満年齢)	乗馬歴	番 号			馬 齢		毛 色		インフルエン ザ接種日	最終 / 前回接 種日	
											最終	
											前回	
											最終	
											前回	
											最終	
											前回	
											最終	
											前回	

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

平成17年 月 日

氏名または所属団体代表者 _____

印