

2012 A R Min 鎌倉 [参加申込書]

氏 名		性 別		☐ 男 ☐ 女	
ふりがな		年齢 (セミナー当日)		歳	
生年月日		1 9 年 月 日		血液型	
自宅連絡	住 所	〒 -			
	T E L			携帯電話	
	E メール				
	今後 E メールでのセミナー案内などのさまざまな情報の送信を ☐ 希望する ☐ 希望しない				
チーム名					
緊急連絡先	氏名・続柄	・		連絡先	
交流会		☐ 参加する ☐ 参加しない			
チーム編成の際に参考 にしますので、右記アン ケートにもご回答お願 いします。		1、チーム編成のメンバー希望 ☐ あり→参加者名：() ☐ なし 2、アドベンチャーレース出場経験 ☐ あり→大会名：() ☐ なし 3、シーカヤック経験 ☐ あり→回数：() ☐ なし 4、地区読み経験 ☐ あり→回数：() ☐ なし 5、マラソン出場経験 ☐ あり→タイム：() ☐ なし 6、泳力 ☐ あり→出場大会の距離・タイムなど：() ☐ なし			

ARMin 鎌倉 誓約書

私は、< ARMin 鎌倉 開催日 2012 年 8 月 4 日 > 以下、セミナーと略す) への参加にあたり 下記のことを誓います。

[規則の準備義務と自己管理責任]

- 私は、セミナーが自然環境を利用して行なわれるためセミナー主催者 以下、主催者と略す) が設けた全ての規約 規則 指示を順守し、私個人の責任において安全管理 健康管理に十分な注意を払いセミナーに参加し、万一体調などに異常が生じた場合はすみやかに競技を中止する事を誓います。

[競技特性の理解と参加適性]

- 私は、スポーツの経験が十分にあり、セミナーが変わりやすい自然環境の中で行なわれる競技であり、競技者の体調は急激に変化する特性があることを認識しております。また、レースコースが変わりやすい場所に設定されるため、緊急時の救護あるいは対応に支障をきたす可能性が高いことを良く理解しております。現在、私の健康状態は良好であり、セミナーの参加になんら問題を生じることとは予想されません。さらに私は、セミナー日よりさかのぼり1年以内に医師の健康診断の結果、健康であることが確認されています。また、アレルギー体質、過敏症などの特異体質や既往症など、さらには宗教上その他の理由などにより、セミナー医療班が緊急医療のために知っておいて欲しいことがある場合は、事前に主催者に書面で申告いたします。なお、主催者からの要請があれば、健康診断書・負荷心電図証明書を提出いたします。

[競技の中止勧告順守と応急処置]

- 私は、主催者により競技続行に支障があると判断された場合主催者の競技中止勧告を受入れます。またセミナー中に私が負傷もしくは事故に遭遇する、あるいは発病した場合、医師及び主催者が私に対し応急処置を施す事を承諾し、その応急処置の方法及び結果に対しても異議を唱えません。

[負傷 死亡事故の免責]

- 私は、競技中および付帯行事の開催中に負傷した場合、またはこれらに基づいた後遺症が発生した場合、あるいは死亡した場合においても、その原因のいかんを問わず、セミナーに係る全てのセミナー関係者に対する責任の一切を免除致します。また、私に対する補償はセミナーに掛けられた傷害保険の範囲内 (下記参照) であることを確認・了承いたします。従って、私はここに、私自身、私の遺言執行人、管財人、相続人、近親者などのいづれからも、私が被った一切の傷害について賠償請求、訴訟の提起およびそれらのための弁護士費用などの支払い請求を行わないことを誓います。

<主催者契約の保険金額>死亡 後遺障害 500 万円・入院日額 3,000 円 通院日額 2,000 円

[不可抗力事項の免責]

- 私は、気象状況の悪化および競技環境の不良などセミナー主催者の責に帰すべからざる事由により、セミナー中止になった場合、また競技内容に変更があった場合、さらには競技用具の紛失 破損などにより競技あるいは競技参加に支障が生じた場合においても、主催者に対してその責任を追及しないこと並びにセミナーへの参加のために要した諸経費 (参加費を含む) の支払い請求を一切行わないことを誓います。

[肖像権などの広報使用と商業的利用]

- 私は、私の肖像 氏名 住所 年齢 競技歴などが、セミナーに関連する広報物全般および報道 情報メディアにおいて使用されることを了承し、これらに付随して主催者 管轄競技団体が制作する印刷物 デジタル 情報メディアなどによる商業的利用を承諾致します。

ARMin 鎌倉実行委員会 御中

私は、セミナーへの応募用書類のすべての記載事項が真実かつ正確であることを誓います。

また、私および私の保護者 (未成年の場合) は、セミナーの誓約書およびセミナー傷害保険を含むセミナーの内容を良く理解し承諾したことを誓い、下記の必要事項を明記署名します。

参加者自筆署名捺印	保護者氏名捺印 (未成年者は保護者の承諾を示す署名捺印が必要です)
印	印
20 年 月 日	20 年 月 日

◆◆◆送付先 〒248-0007 神奈川県鎌倉市大町 4-1-7 (有)パワースポーツ ◆◆◆

◆◆◆振込先◆郵便振替口座◆加入者名 (有)パワースポーツ◆口座番号 00200-9-114633◆◆◆