

第12回伊予市トライアスロン大会 in ふたみ リレー参加申込書

- 本書記入項目のうち氏名・性別・年齢・所在都道府県は、選手名簿などにより広く周知されることをご了承ください。
- その他の記入項目につきましては、大会事務局と緊急医療従事者のみの内部扱いになります。
- チームの連絡先として、代表者のお名前を記入してください。代表者は出場選手のどなたかとしてください。
- ※は必須項目ですので必ずご記入ください。

ふりがな※				代表者氏名※					
チーム名※									
スイム 出場者	ふりがな※			性別※	年齢※	生年月日※			
	氏名※	Ⓜ		男・女	2025/12/31現在 歳	西暦	年 月 日		
	住所※	〒				自宅電話番号			
						携帯電話番号※			
	緊急連絡先※ (大会当日非常時)	名称		電話		メールアドレス			
	血液型※	A	B	O	AB	身長	cm	体重	kg
	既往症※	※疾病名を記入ください。			常備薬	※薬品名を記入ください。			
特記事項	※主催者または緊急医療従事者について欲しい事を記入ください。			Tシャツサイズ※	S M L XL				
バイク 出場者	ふりがな※			性別※	年齢※	生年月日※			
	氏名※	Ⓜ		男・女	2025/12/31現在 歳	西暦	年 月 日		
	住所※	〒				自宅電話番号			
						携帯電話番号※			
	緊急連絡先※ (大会当日非常時)	名称		電話		メールアドレス			
	血液型※	A	B	O	AB	身長	cm	体重	kg
	既往症※	※疾病名を記入ください。			常備薬	※薬品名を記入ください。			
特記事項	※主催者または緊急医療従事者について欲しい事を記入ください。			Tシャツサイズ※	S M L XL				
ラン 出場者	ふりがな※			性別※	年齢※	生年月日※			
	氏名※	Ⓜ		男・女	2025/12/31現在 歳	西暦	年 月 日		
	住所※	〒				自宅電話番号			
						携帯電話番号※			
	緊急連絡先※ (大会当日非常時)	名称		電話		メールアドレス			
	血液型※	A	B	O	AB	身長	cm	体重	kg
	既往症※	※疾病名を記入ください。			常備薬	※薬品名を記入ください。			
特記事項	※主催者または緊急医療従事者について欲しい事を記入ください。			Tシャツサイズ※	S M L XL				
スイム1,500mの 予想タイム※			バイク40kmの 予想タイム※			ラン10kmの 予想タイム※			
	分			分			分		
大会に対する 抱負・要望	※抱負は大会冊子に掲載されます。								

受付終了後、4月下旬の選手選考会議(抽選会)による抽選の上、
 競技参加が認められたチームは参加許可通知書を、認められなかったチームにはその旨を通知いたします。
 競技参加が認められたチームは、誓約書を書面にてご提出いただく必要があります。
 詳細は別途ご連絡いたします。
 新型コロナウイルスの感染状況等により、提出書類などが追加・変更されることがあります。