



## 医療関係質問事項

以下はレース中の事故、病気等について適切な処置をするために、実行委員会の医療スタッフが行う応急処置の情報です。YESかNOにチェックを入れて下さい。YESにチェックをした場合には、右下の詳細欄にその内容を詳しく記入してください。必要なら要旨を添付してもかまいません。

YES NO(Check)

- 1.現在医師にかかっている治療中の病気、慢性の病気がありますか？

詳細： \_\_\_\_\_

- 2.現在なにか薬を服用中ですか？

詳細： \_\_\_\_\_

- 3.薬品に対してアレルギー症状、過敏症があらわれますか？

詳細： \_\_\_\_\_

- 4.B型肝炎、その他のウイルス性病原体に感染していますか？

詳細： \_\_\_\_\_

- 5.医療スタッフに聞いておきたい質問がありますか？

詳細： \_\_\_\_\_

## 権利の放棄、免責、賠償事項(誓約書)

私はマロニエトライアスロン大会への参加にあたり下記のことを誓います。

1.私はマロニエトライアスロン大会(以下マロニエ大会と略す)及び主催者が設けたすべての規約、規則、指示を遵守することを誓います。

2.私はマロニエ大会および付帯するあらゆる行事において私個人の所有物および競技用具についてすべての責任を負います。

3.私はマロニエ大会に向けて十分トレーニングを積み健康であること、また、レースに向けての体調が十分であることが医師によって確認されていることを誓います。

4.私はマロニエ大会中に負傷、事故、病気等と判断された場合に、医療スタッフが適切と思われるあらゆる処置を受けることに同意します。

5.私はマロニエ大会にかかわる広報物、報道・情報・放送メディアにおいて、私の写真が使用されることを認めます。

6.私はマロニエ大会、およびこれに付帯する行事において、開催期間中に引き起こった負傷、これに起因する後遺症あるいは死亡した場合において、その原因のいかんを問わず、マロニエ大会に関連する、大会実行委員会、警察警備関係者、大会関係者、ボランティア、従業員、スポンサー、オフィシャル、制限されたエリア内にいるすべての関係者、広告者、大会実施のために場所を提供する所有者および貸借人、その職員、従業員などに対する責任、権利、賠償請求の一切を放棄することを誓います。また私自身、私の代理人、相続人、近親者が私の被った損害に関して一切の賠償請求、訴訟、弁護士費用の請求を行わないことを誓います。

7.私はマロニエ大会競技中、およびこれに付帯する行事すべてにおいて発生した、あらゆる損失、負債、損害について、一切の費用を請求いたしません。

8.私はマロニエ大会競技中、およびこれに付帯する行事すべてにおいて、負傷、死亡、あるいは所有物の紛失・破損については、大会主催者にその責任の追求をしません。

9.私は風、嵐、雨等の気象状況、競技環境の悪化により大会が中止、あるいは競技部分に変更になることを認めます。また大会参加に要した一切の費用の請求を致しません。

私はトライアスロンが危険的要素をもち、負傷、死亡、あるいは所有物の破損のおそれがあることを理解するとともに認めます。私は上の権利の放棄、免責、賠償の放棄は、開催行政地域の法律が優先され、すべてにおいて法的な力と拘束力が働くことを認めます。

私(および未成年者の場合はその保護者)は権利の放棄、免責、賠償事項を自分自身で読み、補償を含めた大会の内容を理解した上で署名押印します。本大会の応募書類のすべてが真実かつ正確であることを誓います。

印

参加者自筆署名・押印

印

保証人の署名(未成年の場合は保護者の署名および印が必要)

平成 年 月 日

記入日

参加料は事前振込です。あらかじめエントリーフィーを振り込んだのち、エントリーフォームをお送り下さい

口座番号 00110-6-322671 加入者名 マロニエトライアスロン実行委員会

8月18日(金)締切(消印有効)記入漏れ、署名押印などご確認の上お早めにお申込下さい。

〒320-0037 栃木県宇都宮市清住1丁目3番49号 板橋方

マロニエトライアスロン実行委員会事務局

TEL:080-4190-1949 FAX:028-333-1294