

平成30年3月7日

各中学校長 様
各校陸上競技部顧問 様

長野陸上競技協会
会長 萩原 清

長野県長距離ならびに全国都道府県対抗駅伝競走大会対策
長野県中学女子長距離選手普及強化練習会（3月）の実施について（ご案内）

常日頃、長野陸上競技協会の事業に対しまして、ご理解とご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

さて、来年度へ向けて冬季練習会を計画いたしました。今回は全国中学校駅伝競走大会へ連続出場を果たしている川中島中学校女子選手が練習している会場にて練習会を行います。年度末のお忙しい時期ではありますが、生徒へ参加を呼びかけていただけるとありがたいと思います。よろしくお願いたします。

なお、当日、積雪や荒天等で実施困難になった場合には中止とします。その場合に顧問の先生と連絡をお取りしたいので、お申し込み時に連絡先（できれば携帯電話番号）をご記入お願いたします。

記

- 1 期 日 平成30年3月21日（水）春分の日
- 2 会 場 犀川河川敷ランニングコース（長野市）
- 3 集合場所 犀川河川敷ランニングコース駐車場
※会場にはトイレがありませんので、あらかじめ用を足してご参加お願いたします。
※会場、集合場所の詳細につきましては、申し込みのあった学校へFAXにて連絡いたします。
- 4 日 程 集合・受付 9：00
開講式 9：15
練習開始 9：30
閉講式 11：45
解散 12：00
- 5 練習内容 基本的な持久力養成を目指した練習、補強等
- 6 講 師 長野陸上競技協会普及強化委員会コーチ、駅伝部コーチ
- 7 持ち物 運動着、シューズ、ランニングタイツ、（ランパン、ハーフパンツ）、ウインドブレーカー、防寒着（コート等）、着替え、マスク、防寒具（手袋、帽子、ネックウォーマー等）、雨具（カッパ、傘）、予備シューズ、水筒（給水用）、常備薬、その他練習に必要な物
参加承諾書と選手健康管理カード（今年度未提出の選手）
- 8 申し込み 申し込み期限 開催期日の前日正午まで
学校の先生を通じて、別紙 参加申し込み用紙をFAXにて送信しお申し込み下さい。
申込先：FAX 0265-79-2298 箕輪町立箕輪中学校 木下純市

- 9 その他
- (1) インフルエンザ等の感染症が予想されます。日頃からうがい手洗いの励行、マスク着用など健康に留意して、体調を整えてご参加下さい。
 - (2) 防寒対策を十分にお願ひします。ウインドブレーカー、手袋、帽子、マスクはもちろんです、ランニングタイツ、練習後の着替え、予備シューズ等のご準備もお願ひします。
 - (3) 長野会場にはトイレがありませんので、事前にトイレを済ませてから集合するようお願ひします。
 - (4) ご不明な点は箕輪中学校木下Tel 0265-79-2107、鉢盛中学校富永Tel 0263-99-2501までお尋ねください。

F A X 送信票

送信先 箕輪町立箕輪中学校 木下純市
F A X 0 2 6 5 - 7 9 - 2 2 9 8 (箕輪中)

発信者 _____ 中学校 _____ 様

中学女子長距離選手普及強化冬季練習会 (3月21日実施分)
参加申込用紙

◎申込締切は前日正午まで

参加者名 (学年)	1500m記録	(3000m記録)	(800m記録)	備考
()	’ ”			
()	’ ”			
()	’ ”			
()	’ ”			
()	’ ”			
()	’ ”			
()	’ ”			

顧問名 _____ 先生

携帯番号 (連絡用) _____ - _____

その他電話番号 _____ - _____

参加にあたっての連絡事項

学校長 様
長野陸協様
駅伝部長様
駅伝監督様
指導コーチ様

保護者参加承諾書

平成29年度に行われる長野県女子長距離選手練習会および合宿に参加するに当たっては保護者が一切の責任を持ち、参加させますので、ご指導よろしくお願いたします。

平成30年 月 日

参加選手名 _____ (_____ 中学校)

保護者名 _____ 印

緊急の場合の連絡先 _____ 電話 _____

参加にあたって、コーチ及び指導者への連絡事項

※ 病気、ケガ、故障など、必要な場合に記入してください。

※年間数回の練習会・合宿が行われますが、一度提出していただければ、今年度中に行われる練習会や合宿では提出する必要はありません。

参加承諾書は 本人が持参し、当日 受付時に提出して下さい。

選手健康管理カード

長野陸上競技協会

このカードの内容は大会主催の遠征、合宿、練習会等の緊急時対応に使用いたします。

○記入日 月 日

氏名		学校名	中学校	年
生年月日	平成 年 月 日	血液型	型 RH (+ -)	
保険証	種類	記号	番号	
	発行期間			
緊急連絡先	保護者氏名	ご自宅電話番号		
		緊急時電話番号		
	顧問・監督氏名	携帯電話番号		
かかりつけ医療機関	医院・病院名	電話番号		
過去罹患した重大疾病	病名 (年齢)	現在の状況		
	(歳)			
体質	① 食物アレルギー	無・有 (食品名)		
	② 薬の副作用	無・有 (薬品名)		
	③ 注射の副作用	無・有 (有 →状況)		
	④ 皮膚の状況	無・有 (有 →状況)		
	⑤ 花粉症	無・有 (有 →状況)		
	⑥ その他	無・有 (有 →状況)		
常備薬	無・有			
	(有 → 症状	薬品名)	
留意事項				

健康管理カードは緊急時に使用いたします。年度末に個人情報が入らないよう処分します。