

令和5年7月4日

学 校 長 様
所 属 長 様
陸上競技部顧問様

長野陸上競技協会
会 長 萩原 清
(公印略)

長野県長距離 ならびに 全国都道府県対抗男子駅伝対策
中学生男子強化合宿の選手の参加募集について (ご依頼)

平素 本協会のためにご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
標記について、長野県陸上競技・長距離の競技力向上 (男子中学生) を目指して、下記のとおり合宿を計画実施いたします。
つきましては、参加者を募集いたします。参加人数には限りがあります。人数が達した場合は募集を打ち切らせていただくことがあります。よろしく願いいたします。

記

- 主 催 長野陸上競技協会
- 期 日 令和5年8月11日(金)～13日(日) 富士見高原2泊3日
- 日 程 8月11日(金)集合13:00 8月13日(日)閉講式13:00(解散)
- 場 所 富士見町 ジュネス八ヶ岳陸上競技場&クロスカントリーコース
- 宿 舎 長野県富士見町 ジュネス八ヶ岳
長野県諏訪郡富士見町境広原12067 0266-66-2931
- 講 師 長野陸上競技協会 普及強化委員会 委員長 横打 史雄
駅伝部長 丸山 健志
他 普及強化コーチ
- 申し込み ア)申込期日=令和5年7月21日17:00必着 Fax または郵送とする
イ)別紙No1の合宿参加申込書に記入の上、Fax または郵送をお願いいたします。
※1校(チーム)5名を上限に考えています。
- その他
 - 持ち物; **参加経費12,000円(2泊3日6食)**・参加承諾書(別紙No2)・選手健康カード・マスク・飲料水・練習日誌・学習用具・練習用具一式・着替え・洗面用具等・
 - 交通;会場(ジュネス八ヶ岳)までは、保護者の方などの送迎にてお願いします
 - 終了時間を厳守いたしますので携帯電話などは不要です。必要な場合はコーチの物を使用させます。また、iPodなど**高額な情報機器を持たせないでください**。あくまで学校生活と同様の生活規律を考えています。

合宿担当コーチ	連絡先 飯田市立緑ヶ丘中学校 〒395-0813 長野県飯田市毛賀426
今村 善隆	Tel : 0265 - 22 - 1469 Fax : 0268 - 22 - 1417 携帯 090 - 3440 - 3925

Fax 送信票

飯田市立緑ヶ丘中 今村 善隆 宛

FAX 送付日時 (月 日 時 分)

Fax 番号 0265 - 22 - 1417

合宿参加申込書

締切 7/21 17:00

長野県長距離ならびに全国都道府県対抗男子駅伝対策強化合宿への参加につきまして下記のように申し込みいたします。

学 校 (クラブ) 名		連絡者 (記載者) 氏名	
-------------	--	--------------	--

連絡先 ; _____
* できれば携帯☎でお願いします

No	氏 名	学年	送迎について (○で囲む)
①			親・コーチ・その他
②			親・コーチ・その他
③			親・コーチ・その他
④			親・コーチ・その他
⑤			親・コーチ・その他

○ 連 絡 ;
指導上の注意点、食物アレルギーなどありましたら書いてください。よろしくお願ひします。

学校長様
長野陸協様
駅伝部長様
駅伝監督様
指導者様

参加承諾書 (保護者確認書)

長野県長距離ならびに全国都道府県対抗男子駅伝対策強化合宿への参加につきましては親(保護者)が一切の責任を持ち参加させますので御指導のほど、何卒よろしくお願いいたします。

選手氏名: _____ 印

保護者名: _____ 印

緊急連絡先

保護者 顧問

◎ 参加に際してコーチ・指導者への連絡事項(必要な選手のみ記入)

*この参加承諾書(保護者確認書)は合宿当日、本人が必ず持参し受付へ提出させてください。

選手健康カード

長野陸上競技協会・普及強化委員会

※このカードの内容は当協会主催の遠征、合宿等の緊急時対応のみに使用いたします

参加者氏名		生年月日	年 月 日生 ()才	血液型	
自宅住所	〒		自宅電話 番号		
保険証	(種類)		(記号)	(番号)	
	発行機関(保険者番号)			(名称)	
緊急連絡先	保護者氏名		(緊急連絡先)		
	顧問・監督氏名		(緊急連絡先)		
	所属(学校名)		(所属・学校連絡先)		
かかりつけ 医療機関	病院名		(連絡先)		
今までに かかった 主な病気	(病名及び年齢) (現在の状況)				
体質 ○をつける	①食物アレルギー		なし・	あり	(食品名)
	②薬の副作用		なし・	あり	(薬品名)
	③注射の副作用		なし・	あり	()
	④皮膚の症状		なし・	あり	()
	⑤花粉症		なし・	あり	()
	⑥その他		なし・	あり	()
常備薬	薬品名				
	症状				
その他					

このカードは年に一度提出をしてもらい、緊急時に使用するものです。該当しない場合「なし」など全項目記入をお願いいたします。