

平成31年2月1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ならび指導者の参加について（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、参加者を公募いたします（ただし人数の上限があります）ので、ふるって参加いただけますようお願い申し上げます。なお、派遣に際しましても格別のご配慮を重ねてお願い申し上げます。

記

- 1 主 催 長野陸上競技協会・長野県教育委員会
- 2 期 日 平成31年3月24日（日）～26日（火） 松本 2泊3日
日程 3/24（日） 集 合 15：00 陸上競技場正面玄関受付
3/26（火） 閉講式 12：50～
- 3 場 所 松本市 長野県松本平広域公園陸上競技場
- 4 宿 舎 松本市 長野県松本平広域公園陸上競技場敷設宿舎
- 5 講 師 長野陸上競技協会 普及強化委員長 藤森 要
強化部長 名取 和訓
駅伝部長 北島 正孝
他駅伝部コーチ
- 6 申し込み ㊦申込締切日＝平成31年3月1日（金）17：00 必着 Fax（別紙1）または郵送
宿泊可能者数が50名のため、先着順とさせていただきます（各団体5名程度まで
でお願いします）松本地区は原則通いで参加をお願いいたします。
㊧別紙の合宿参加申込書・参加承諾書・選手健康カードに記入の上、参加をお願いいた
します。
㊨参加承諾書（保護者の確認書）・選手健康カードは合宿当日持参させてください
- 7 その他 1）持ち物；・参加経費8000円（2泊3日6食）・今年度初参加者は承諾書と健康カー
ド・飲料水・練習日誌・学習用具・練習用具一式・着替え・ハンカチ・洗面用具等
2）交 通；合宿地（松本）までは親・コーチなどの送迎にてお願いいたします
3）参加は3日間通して参加できる者のみとします
4）食べ物のアレルギーなどある生徒は、事前に担当者まで必ず連絡をください。よろし
くお願いします。
5）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。学校生活以上の
生活規律を考えています。

◎申込先および連絡先

担当者	勤務先： 高社中学校 〒383-0062 中野市大字笠原190
	牛山 通高 Tel 0269-22-2755 Fax 0269-22-3412 携帯090-5820-6027

Fax 送信票

高社中学校 牛山通高 宛

Fax 送付日時 (月 日 時 分)

Fax 番号 0269 - 22 - 3412

締切 3/1 17:00

合宿参加申込書

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 ⅴ でお願ひします

No	氏 名	学 年 <small>新学年を記入</small>	3000m Best Record 1500m Best Record	区 分	送迎について <small>○で囲む</small>
①				自費参加者	親・コーチ・その他
②				自費参加者	親・コーチ・その他
③				自費参加者	親・コーチ・その他
④				自費参加者	親・コーチ・その他
⑤				自費参加者	親・コーチ・その他

○ 連 絡: _____

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。
(年間を通して一回ご提出ください。)

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。