

必要事項をご記入のうえ、**4月1日(月)**までにEメールでご提出ください。

チーム名	
スイム	変更後の氏名
バイク	変更後の氏名
ラン	変更後の氏名

■提出先

世界トライアスロンシリーズ横浜大会組織委員会事務局 [info@yokohamatriathlon.jp](mailto:info@yokohamatriathlon.jp)

**新たな参加者に変更する場合、次の質問にご回答ください。**

種目の入れ替えのみの場合(参加者変更なし)は、回答の必要はありません。

※**変更後の参加者1名につき1枚をご提出ください。**(2名変更の場合は2枚提出)

※選択式の回答は、該当項目を残すか、○で囲んでください。**(★)**の質問は回答必須です

00	参加者名 (★)	
1	同意書の記載内容に同意しますか (★)	はい ・ いいえ
2	参加者氏名【漢字】 (★)	
3	参加者氏名【フリガナ】 (★)	
4	生年月日(西暦) (★)	
5	年齢(2024年12月31日現在) (★)	歳
6	性別 (★)	男性 ・ 女性
7	郵便番号 (★)	
8	住所 (★) 都道府県から建物名・部屋番号まで	
9	電話番号 (★) 昼間連絡の取れる電話または携帯電話番号	
10	メールアドレス (★)	
11	2024年度トライアスロン都道府県競技団体・学連 登録会員番号 (★) 会員番号を10桁でご記入ください。(半角)	
12	登録チェックコード (★) チェックコード2桁をご記入ください。(半角)	
13	登録年度 (★) 登録年度を再度ご確認ください。 (右記、○を記入ください)	2024
14	加盟団体名(JTU登録地) (★) 例：一般社団法人神奈川県トライアスロン連合	

15	学校名（学生のみ）		
16	所属クラブ（チーム）		
17	学年		
18	保護者氏名（未成年のみ）		
19	保護者続柄（未成年のみ）		
20	緊急連絡先氏名（★） 大会当日非常時の連絡先（本人以外の家族等）の氏名		
21	緊急連絡先（★） 大会当日非常時の連絡先（本人以外の家族等）の電話番号		
22	血液型（★）	A型・B型・O型・AB型・不明	
23	既往症など（特記事項） 主催者、緊急医療従事者に知っておいてほしいことがございましたらご記入ください。		
24	運動を始める前の自己診断（★） 右記6つに関する質問の中で1つでも「はい」があった場合や、65歳以上で運動に慣れていない方は、運動を始める前に医師とご相談ください。	今までに心臓に問題があるから医師に許可された運動以外は行ってはいけな いと医師に言われたことがありますか？	はい・いいえ
		運動中に胸の痛みを感じますか？	はい・いいえ
		めまいのためにふらついたり、気を失っ たことがありますか？	はい・いいえ
		現在、血圧や心臓のお薬を飲んでいま すか？	はい・いいえ
		運動で悪くなるような骨や関節の問題が ありますか？	はい・いいえ
	上記の質問のほかに運動ができない理由 が何かありますか？	はい・いいえ	
25	持病はありますか？（★）	はい・いいえ	
26	上記設問に「はい」とご回答をされた方は、内容をご記入ください。（例：気管支ぜんそく）		
27	服用薬はありますか？（★）	はい・いいえ	
28	上記設問に「はい」とご回答をされた方は、服用薬の名前をご記入ください。（例：抗ヒスタミン薬）		
29	アレルギーはありますか？（★）	はい・いいえ	
30	上記設問に「はい」とご回答をされた方は、アレルギー詳細をご記入ください。		
31	Tシャツサイズ（★）	SS・S・M・L・XL	
32	備考		