

ハローヒポ乗馬大会2010 参加申込書①

ふりがな		性別 男・女	年齢 才
参加者氏名			
住所 〒	電話番号		
	E-MAIL		
緊急連絡先	住所 〒		
	名前	電話番号	続柄

プログラム(参加を希望するプログラムに○を付けてください。)

PART I	10月23日(土)～25日(月)	1	PT・OTのための障害者乗馬基礎講座	
		2	クリニック受講	
			クリニック聴講	
PART II	10月29日(金)～30日(土)	3	PT・OTのための障害者乗馬基礎講座	
		4	インストラクターのための障害者乗馬応用講座	
PART III	10月31日(日)	5	障害者乗馬競技会	

* クリニックの受講・競技会へ参加を申し込む方は裏面もご記入ください。

宿泊(宿泊を希望される日を○で囲んでください。)

22日(金)・23日(土)・24日(日)・25日(月)・28日(木)・29日(金)・30日(土)・31日(日)
参加者本人以外の宿泊希望者名 計 名
部屋の希望 例)1階を希望

参加同意書

私は、ハローヒポ乗馬大会2010に参加を申し込みます。

参加中の事故については、誠意を持って話し合いで解決することを約束し、保険適用以外の損害賠償請求の一切を放棄します。

また、大会参加中に主催者側によって撮影された私の画像(静止画、動画)の使用権は、主催者が行う「告知、広報、映像作品」の使用に限り、主催者側が有することに同意します。

参加者氏名

印

保護者または後見人氏名

印

* 未成年者または障害をお持ちの方のご参加は保護者または後継人の同意が必要です。

○クリニックの受講、競技会に参加を申し込まれるライダーの方のみご記入ください。

ライダー名	身長	cm	体重	kg
障害名	補助具			
所属団体	インストラクター名			
エントリー希望種目	第1競技・第2競技・第3競技・第4競技・第5競技・第6競技			
借馬の希望	体高:	cm位	幅: 広い・普通・狭い	リーダー: 必要・不要
特殊馬具の使用				

*リーダーは主催者側で行いますが、サイドウォーカーについては各団体でお願いします。

○クリニックの受講に参加を申し込まれるライダーの方のみご記入ください。

クリニック受講希望日時	第1希望	日	時ごろ	} *いずれも午後からです。
	第2希望	日	時ごろ	
	第3希望	日	時ごろ	

騎乗歴

騎乗時における問題点

講師への質問
