

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 | |
| | | 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。

ハローヒポ乗馬大会2010 参加申込書②(団体用)

団体概要

| | | |
|------|------|--------|
| ふりがな | ふりがな | |
| 団体名 | 担当者名 | |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先 | 電話 | FAX |
| | 携帯電話 | E-MAIL |

参加者名(参加するプログラムに○を付けてください。)

- | | | |
|-------|--|------------------------------------------------|
| 1 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 2 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 3 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 4 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 5 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 6 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 7 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 8 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 9 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |
| 10 | | PT・OT基礎・クリニック受講・クリニック聴講・PT・OT応用・インストラクター応用・競技会 |
| <hr/> | | |