

ALL JAPAN AMATEUR KICKBOXING CHAMPIONSHIPS 2019

全日本大会及び予選大会出場申込書

ふりがな			
選手氏名			印
※署名を兼ねていますので、選手名は必ず自署にてお願いします			
セコンド氏名 (3名)	①	②	③

以下、全ての項目に必ずご記入ください (記入漏れのないようにお願いします)

現住所・連絡先	〒			電話番号		
メールアドレス	※@peteraertsspirit.jp と @gmail.com が届くよう設定をお願いします。保護者可					
生年月日	西暦	年	月	日 (満	歳)	
	小学	・	中学	・	高校	年生
※満年齢は大会当日時点でご記入ください						
身体情報	身長	cm	/	通常体重	kg	オーソドックス・サウスポー
戦績 (アマチュア)	戦		勝		敗	
					引き分け	

参加クラスに✓を入れてください (ジュニアについては、成長期における体重増加が理由の場合、全日本大会のクラス変更を認めます)

出場形態	<input type="checkbox"/> 全日本大会予選 (2019年10月14日/福岡)				<input type="checkbox"/> ワンマッチ			
U-8	<input type="checkbox"/> -25kg	<input type="checkbox"/> -28kg	<input type="checkbox"/> -31kg					
U-10	<input type="checkbox"/> -31kg	<input type="checkbox"/> -34kg	<input type="checkbox"/> -37kg	<input type="checkbox"/> -40kg				
U-12	<input type="checkbox"/> -40kg	<input type="checkbox"/> -43kg	<input type="checkbox"/> -47kg	<input type="checkbox"/> -50kg	<input type="checkbox"/> +50kg			
U-15	<input type="checkbox"/> -40kg	<input type="checkbox"/> -45kg	<input type="checkbox"/> -50kg	<input type="checkbox"/> -55kg	<input type="checkbox"/> -60kg			
U-15女子	<input type="checkbox"/> -40kg	<input type="checkbox"/> -45kg	<input type="checkbox"/> -50kg	<input type="checkbox"/> -55kg				
一般女子	<input type="checkbox"/> -40kg	<input type="checkbox"/> -45kg	<input type="checkbox"/> -50kg	<input type="checkbox"/> -55kg	<input type="checkbox"/> -60kg			
一般男子	<input type="checkbox"/> -53kg	<input type="checkbox"/> -55kg	<input type="checkbox"/> -57kg	<input type="checkbox"/> -60kg	<input type="checkbox"/> -65kg	<input type="checkbox"/> -70kg	<input type="checkbox"/> -75kg	<input type="checkbox"/> 無差別

誓約書 ※各項末尾の□に確認の✓を入れてください	1、上記大会出場に関して万が一事故が発生した場合は、主催者に対し一切の責任や賠償を求めないこと <input type="checkbox"/>
	2、本大会のルールと規定に従うこと <input type="checkbox"/>
	3、大会中に撮影した写真や動画等の著作権は主催者に帰属すること <input type="checkbox"/>
	4、試合に際し、身体的な接触により相手もしくは関係者に病気を媒介するような感染症を持っていないこと <input type="checkbox"/>
	5、上記申し込み事項や誓約事項に虚偽がないこと <input type="checkbox"/>

保護者 (連帯責任者) 同意欄 ※必ず自署にてお願いします	上記のものが本試合に出場すること、上記誓約内容に同意致します。 印 (柄)
----------------------------------	--

保護者 (連帯責任者) 連絡先 ※選手と同じ場合は未記入で可	〒	TEL
-----------------------------------	---	-----

団体・ジム責任者 同意欄 ※必ず自署にてお願いします	上記の者が試合に出場することに同意し、上記誓約内容に同意致します。 ジム・道場名 責任者名 電話番号
-------------------------------	---

ALL JAPAN AMATEUR KICKBOXING CHAMPIONSHIPS 2019

問診票

大会名 沖縄地区大会/大会日 2019年6月30日/大会場所 カデナアリーナ(ネーブルカデナ)			
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒		
自宅電話番号			
緊急連絡先			
身長	Cm	体重	Kg (当日)
喫煙	する ・ しない	飲酒	のむ ・ のまない
昨日の飲酒	のんだ (少し・多量に) ・ のまなかった	体温	℃ (当日)
伝染病・持病等の有無	あり ・ なし	ある場合は具体的に	
アレルギー	あり ・ なし (具体名)		
本日の体調	良好 ・ 普通 ・ 不良		
不良の場合具体的に			
ノックアウトの経験	あり ・ なし		
具体的に	いつ?	どこで?	程度は? ・意識混濁・意識消失・すぐに回復 ・その他()
本日の試合に出場	出場します		出場できません
その他何かありましたらご記入ください			
判 定	出場許可 ・ 出場不許可		
医師サイン			