第１６回愛知県市町村対抗駅伝競走大会

大治町代表選手選考会申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日　令和５年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 推薦者 |  |
| ※高校生以下の方は、保護者の方の氏名を記入してください。（保護者：　　　　　　　　　　） | 性　別 | □　　男 子□　　女　子 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | 自　　宅（　　　　）　　　－　　　　 |
| 携帯電話（　　　　）　　　－　　　　 |
| メールアドレス | 　　　　　　＠ |
| 勤 務 先（学校名） | 会社名（学校名） |
| 住　　所　  |
| 電話番号（　　　　）　　　－ |
| 区　　　間 | 出場希望区間（該当されます箇所にレ印をしてください。）□　小学生の部（　　　年生）□　中学生の部（　　　年生）□　高校生の部（　　　年生）□　一般の部□　４０歳以上の部 |

誓約書

私は、今回開催されます「愛知万博メモリアル　愛知県市町村対抗駅伝競走大会」に参加するにあたり、

健康管理に十分配慮し、万一の事故に対しては、町の加入する保険以外は、責任を負います。

また、テレビでの放映、本大会プログラム作成及び成績上位者の報道発表、中日新聞社による取材、町広報誌、

公式ホームページで結果報告等の個人情報の記載についても同意します。

**大治町教育委員会　教育長　殿**

上記について同意します。　　　　　　　　　　令和５年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（高校生以下の場合は保護者氏名を記入）