

第17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6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6年 月 日

氏名 _____

(高校生以下の場合は保護者氏名を記入)