2019年 飯豊連峰山形県側山開き 申込書

* **各項目記入漏れのないようにお願いします**。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 男・ 女 | 生　年　月　日 | 血液型 |
| 氏　　　　名 |  | 昭和・平成年　　月　　日　（満　　　　　歳） | 　　型(＋・－) |
| 連　絡　先 |
|  | 住所 | 〒 |
| 自宅電話 |  |
| 携帯電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |
| 非常時連絡先 | 氏名（　　　　　　）　続柄（　　　）　携帯電話（　　　　　　　　　） |
| 職　　　　業 |  |
| 振込先等の連絡方法 |  郵　　送　・　ＦＡＸ　・　Ｅメール　　　　※○で囲んでください |
| 希望コース | Ａコース　・　Ｂコース　・　Ｃコース　 ※○で囲んでください |
| 健康状態 | １　特に心配はない。健康である。２　心配なことがある。　（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 会場までの交 通 手 段 | １　マイカー２　小国駅よりバス ※小国駅までの交通手段を記載して下さい。　　　上越新幹線・山形新幹線・その他（　　　　　　　　 　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※班別行動になりますので、一緒を希望する方が　いる場合は名前を書いてください |  |

　　※記入いただいた個人情報は、山開き参加手続以外の目的では利用いたしません。

※お申し込みにあたっては、下記事項に同意いただいたものとします。

|  |
| --- |
| 参　　加　　同　　意　　書私は2019年飯豊連峰山形県側山開きに参加するにあたり、次のことに同意します。１　リーダーの指示に従います。２　登山やコースが有する危険性を承知したうえで申し込みます。３　自分自身の責任において参加するものであり、開催中に事故があった場合、いかなる責任も主催者並びに後援団体等に対し、損害賠償を請求しません。４　医療機関による加療が必要と認められる場合、適切な加療を受けることに同意します。 |