

Endurance Trial in SHIKAOI 2017 馬術大会経費内訳表

※各クラブ単位で取りまとめる事

申込団体名・担当者名

TEL

FAX

携帯

内 容		単 価	申 込 み 数		計
	40Km トライアルライド	30,000円	頭		円
	40Km 伴走者	10,000円	頭		円
	20Km トライアルライド	15,000円	頭		円
	20Km 伴走者	10,000円	頭		円
			頭		円
			頭		円
			頭		円
予備馬登録料 (40.20km)○印		1頭 1,000円	頭		円
会場への入場頭数 (予備馬含む)			合計		頭
出場馬繋留場 使用料	入厩日時 日 時 退厩日時 日 時	1,500円 / 日・頭	日間× 頭		円
弁 当 代 (飲み物付)	15日(土) 12:00頃	1,000円	昼食	個	円
	16日(日) 12:00頃	1,000円	昼食	個	円
合計 (右の金額を振込み後、変更が生じた時は当日の受付で精算します)					円

*仮設放牧場の寝藁は配置いたしません。各自でご用意ください。

3月31日(金)17:00必着

振込み先を必ず確認し間違いのないようお願いします。

【振込先】
 金融機関 ゆうちょ銀行
 【店名】 九〇八
 【店番】 908
 【普通預金】 5138174
 【口座名義】 片山 彰

〒081-0341

北海道河東郡鹿追町瓜幕西33線21番地7 WWRC内

エンデュランス実行委員会

TEL: 090-7052-7198

FAX: 0156-67-2348 (ライディングパーク)

振込証明書張付欄(張付の無いものは無効とします。但し別添可)

--

Endurance Trial in SHIKAOI 2017 参加申込書

40km トライアル・ライド

住所 〒 _____

氏名又は団体名 _____

※すべての項目を記入してください。(ワクチン接種については別紙報告書に記入ください)

選手名 (ふりがな)	日馬連・全乗振 会員登録番号	生年月日(西暦)	血液型	資格認定級	加入保険	馬匹名	生年月日(西暦)	性別	品 種	備考
		性別(年齢)	乗馬歴	資格番号		登録番号	馬 齢		毛 色	
									種	
									毛	
									種	
									毛	
									種	
									毛	
									種	
									毛	
予 備 馬 登 録 欄									種	
*予備馬の登録料は1頭当たり1,000円とし、予備馬への変更は別途2,000円の変更料がかかります。なお、40kmに登録した予備馬の完走実績により他の競技へ変更することは可能としますが、同様に2,000円の変更料がかかります。(申込締切日以降は変更料がかかります)									毛	
									種	
									毛	

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

平成29年 月 日

氏名又は所属団体代表者

印

Endurance Trial in SHIKAOI 2017 参加申込書

20kmトライアル・ライド

住所 〒 _____

氏名又は団体名 _____

※すべての項目を記入してください。(ワクチン接種については別紙報告書に記入ください)

選手名 (ふりがな)	日馬連・全乗振 会員登録番号	生年月日 (西暦)	血液型	資格認定級	加入保険	馬匹名	生年月日 (西暦)	性別	品 種	備考
		性別 (年齢)	乗馬歴	資格番号		登録番号	馬 齢		毛 色	
									種	
									毛	
									種	
									毛	
									種	
									毛	
									種	
									毛	
予 備 馬 登 録 欄									種	
*予備馬の登録料は1頭当たり1,000円とし、予備馬への変更は別途2,000円の変更料がかかります。(申込締切日以降は変更料がかかります)									毛	
									種	
									毛	
									種	

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

平成29年 月 日

氏名又は所属団体代表者

印

所有資格証明添付用紙(人)

出場種目 _____ km

参加者氏名 _____

所属団体 _____

※最新の日馬連・全乗振の資格証及び、資格更新を証明するものを張り、提出してください。

所有資格証明添付用紙(馬)

出場種目 _____ km

馬匹名 _____

騎乗者名 _____

所属団体 _____

※最新の日馬連の登録証及び、登録更新を証明するものを張り、提出してください。

ワクチン接種報告書

団体名			
報告責任者名	氏名	印	
	電話		
報告日	年	月	日

馬匹名							
伝ピン最終検査日	馬日本脳炎			馬インフルエンザ		馬パラチフス最終検査日	
年 月 日	最新接種日	前回接種日	最新接種日	前回接種日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

馬匹名							
伝ピン最終検査日	馬日本脳炎			馬インフルエンザ		馬パラチフス最終検査日	
年 月 日	最新接種日	前回接種日	最新接種日	前回接種日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

馬匹名							
伝ピン最終検査日	馬日本脳炎			馬インフルエンザ		馬パラチフス最終検査日	
年 月 日	最新接種日	前回接種日	最新接種日	前回接種日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

馬匹名							
伝ピン最終検査日	馬日本脳炎			馬インフルエンザ		馬パラチフス最終検査日	
年 月 日	最新接種日	前回接種日	最新接種日	前回接種日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

馬匹名							
伝ピン最終検査日	馬日本脳炎			馬インフルエンザ		馬パラチフス最終検査日	
年 月 日	最新接種日	前回接種日	最新接種日	前回接種日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

※平成〇〇年〇月〇日と記入してください。
 ※他の参加申込書と併せて提出してください。入厩時ではありません。
 ※入厩時に健康手帳の記載と合わせて確認しますので、誤りのないように記入してください。
 ※この報告書と健康手帳の記載が異なる場合は入厩出来ない場合があります。
 ※馬パラチフスは釧路・根室・網走方面から入厩される場合に検査を受けてください。

メディカルカード (Endurance Trial in SHIKAOI 2017)

【特筆すべき病歴等】
* 過去の疾病等
* 過去に外科手術 (年月日記載)
* アレルギー
* 常備薬

【緊急連絡先】
氏名
続柄
住所 〒
電話番号：
携帯番号：

【主治医の氏名】
病院名
住所 〒
電話番号：
F A X：

【あなたの氏名】 (ふりがなを記入のこと)
生年月日 (満 歳)
住所 〒
携帯番号：
F A X：

【所属団体名】
住所 〒
電話番号：
F A X：
輸血必要時 承諾する ・ 承諾しない
血液型 A B O AB RH (ー)
コンタクトレンズ している ・ していない

* 競技出場者は、必ず記入し提出して下さい。
 ※同年度他大会様式でも可。

変 更 届

平成 年 月 日

Endurance Trial in SHIKA01 2017大会 殿

参加者氏名

所属クラブ _____

届出者氏名 _____ 印

この度の Endurance Challenge 2017エンデュランス馬術大会出場申込書の記載内容を
下記の通り変更いたします。

	変更項目	変 更 内 容
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

変更数	単価	合計金額
	2,000	円

※ 変更事項は必ず変更届で行ってください、変更届の無い場合は失権となる場合があります
※