

個人医療情報（トラックのみ参加用）

令和5年度全国高等学校選抜自転車競技大会

【選手基本情報】

T

※これはトラックのみに参加選手用の提出書類です。

トラックID番号 ゼッケン		出場種目（全てに○印） SP   TT   IP   MS   PR   KE			<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 補欠	
(フリガナ) 選手氏名						学年
高校名						年
自宅住所	都道府県                      市区郡					
生年月日	平成      年      月      日	満      歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血液型	型
電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯    ・ <input type="checkbox"/> 固定					
保険種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他					
記号番号						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし    ・ <input type="checkbox"/> あり    （    具体名                      ）					
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし    ・ <input type="checkbox"/> あり					
下記の既往症あり			常用服用薬 <input type="checkbox"/> なし    ・ <input type="checkbox"/> あり 服用薬			

【保護者緊急連絡先】※保護者は必ずご記入ください。

(フリガナ) 保護者氏名			選手との続柄 <input type="checkbox"/> 父    ・ <input type="checkbox"/> 母    ・ <input type="checkbox"/> その他
電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯    ・ <input type="checkbox"/> 固定		

【指導者緊急連絡先】※指導者は必ずご記入ください。

(フリガナ) 指導者氏名			選手との続柄 <input type="checkbox"/> 監督    ・ <input type="checkbox"/> 引率    ・ <input type="checkbox"/> その他
電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯    ・ <input type="checkbox"/> 固定		

●救急搬送時や不測の事態が生じた場合、迅速に対応するために必要な基本情報です。

※個人情報については、利用目的達成に必要な当該保存期間経過後または利用目的達成後、速やかに廃棄処分します。