

J T U 認定記録会（2023長崎①）

開催要項

1. 日 時 2022年（令和4年）12月18日（日）
2. 主 催 長崎県トライアスロン協会・長崎市トライアスロン協会
3. 後 援 長崎県教育委員会、長崎市
4. 場 所 スイム：ビートスイミング長崎プール（25メートル）
長崎市三芳町12-5（095-849-0450）
ラン：長崎市総合運動公園（かきどまり）陸上競技場サブグラウンド
長崎市柿泊町2110番地（095-843-8100）
5. 参加資格 ① スイム・ラン、それぞれの記録を測定したい方（どなたでも）
② 2023年度JTU公式大会出場を希望する方
③ 2023年鹿児島国体トライアスロン競技参加を目指す方
※ ②③については、2023年度JTU会員登録者であること。
※ コロナ感染対策のため、状況により感染拡大地域の選手は出場をお断りする場合があります。
6. 定 員 50名
7. 参加料 20歳以上 3000円
12～19歳 2000円
小学生 1500円
（記録会当日徴収。1種目のみは半額、JTU未登録者は1,000円増）
8. 種 目 16歳以上：スイム400m、ラン3000m
U15（13歳～15歳）：スイム400m、ラン1500m（2008～2010年生まれ）
U12（11歳～12歳）：スイム200m、ラン1000m（2011～2012年生まれ）
U10（9歳～10歳）：スイム100m、ラン800m（2013～2014年生まれ）
U8（7歳～8歳）：スイム50m、ラン400m（2015～2016年生まれ）
※1 2023年12月31日現在の年齢に基づく
※2 ジャパンランキング対象大会、日本選手権（選考大会を含む）出場の推薦にあたり、認定記録会の参加が義務付けとなる。
9. 日 程 9：20～10：00 受付（ビートスイミング長崎プールのロビー）
* 受付終了後順次ウォーミングアップ
10：25～10：30 全体説明会・スイム競技説明会

10：40～11：45 スイム記録会

11：50～14：00 移動・昼食

14：00～14：20 ラン競技説明会 ・シューズ点検（サブグラウンド）

※雨天時は野球場の会議室

14：45～15：45 ラン記録会

16：00～ 総評・解散

※日程は参加者人数によって変更があります。

10. 申し込み・問い合わせ先（郵送でお願いします。11月30日（水）締め切り）

〒851-2121 西彼杵郡長与町岡郷 76-22

長崎県トライアスロン協会 山野健二

TEL 080-5219-9177 メール wupff663@ybb.ne.jp

《スイムウェアとシューズの靴底の厚さについて》

①スイムウェアはFINA ルールに準ずる。

②ランシューズはIAAF/WA ルールに準ずる

<https://www.jaaf.or.jp/news/article/13959/>

（エリートカテゴリー出場選手のシューズの靴底の厚さは「25mm 以下」となります）

※エイジグループおよびラン 1500m 以下はシューズの靴底の厚さは問いません。

※コロナウイルス感染予防のため以下についてお願いします。また、気づきがあればスタッフが声をかけますので、指示に従ってください。

- ①当日、プールの入り口で検温します。37.5℃以上の選手及び関係者は記録会に参加できません。
- ②選手及び関係者の皆さんは記録会の期間中必ずマスクを着用してください。ただし競技及びウォーミングアップの時間は、マスクは必要ありません。
- ③プール及び陸上競技場の入口で、必ずアルコール消毒を行なってください。
- ④プール及び陸上競技場での声援は禁止です。拍手のみでお願いします。
- ⑤記録会の期間中、選手及び関係者の皆さんは密にならないよう、間隔（ソーシャルディスタンス）を開けることを心がけてください。
- ⑥参加者は、記録会1週間前より、体調管理チェックシートに必要事項を記入し、記録会当日受付で提出すること。

J T U 認定記録会 (2023長崎①)
九州ブロック長崎県会場 参加申込書

2022年12月18日 (日) 開催分

ふりがな 氏名				性別
				男・女
生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢	2023年12月31日現在 歳	
			記録会当日 歳	
住所	〒			
電話番号		携帯		
E-Mail				
J T U 登録番号 (登録者のみ)	(2023年度 C C)			
所属・学校名 開催日の学年	年生			
予想タイム	スイム：	分 秒	ラン：	分 秒
自己PRとあなたの夢・目標				

参加カテゴリー (○をつけて下さい)

	16歳以上	スイム400mラン3000m		U12	スイム200mラン1000m
		16歳以上はどちらかに <input checked="" type="checkbox"/> エリート <input type="checkbox"/> エイジ <input type="checkbox"/>		U10	スイム100mラン800m
	U15	スイム400mラン1500m		U8	スイム50mラン400m

誓 約 書

私は、長崎県トライアスロン協会主催の「JTU認定記録会（2023 長崎①）（開催日：2023 年 12 月 18 日）（以下、記録会と略す）」への参加にあたり、下記のことを誓います。

1.〔規則の遵守義務と自己管理責任〕私は、記録会が公共の施設を利用して行われるため、記録会主催者（以下、主催者と略す）が設けたすべての規約・規則・指示を遵守し、私個人の責任において安全管理・健康管理に十分な注意を払い記録会に参加し、万一、体調などに異常が生じた場合はすみやかに競技を中止することを誓います。

2.〔競技特性の理解と参加適正〕私は、トライアスロンおよびこれに関連するスポーツ経験が十分あり、記録会がスイム・ランから構成される複合競技であり、競技者の体調は急激に変化する特性があることを認識しております。また、記録会会場は、不安定な要素の多い野外あるいは施設などの広い範囲に設定されるため、緊急時の救護あるいは対応に支障をきたす可能性が高いことを良く理解しております。現在、私の健康状態は良好であり記録会への参加に何にも問題を生じることは予想されません。さらに私は、記録会日より1年以内に医師の健康診断の結果健康であることが確認されています。また、アレルギー体質、過敏症などの特異体質や既往症など、さらには宗教上その他の理由などにより、記録会医療班が緊急医療のために知っておいてほしいことがある場合は、事前に記録会主催者に書面で申告いたします。なお、記録会主催者からの要請があれば、健康診断書・負荷心電図証明書などを提出いたします。

3.〔競技の中止勧告順守と応急処置〕私は、主催者より競技続行に支障があると判断された場合、主催者の競技中止勧告を受け入れます。また、記録会開催中に私が負傷したり、事故に遭遇し、あるいは発病した場合には、医師および主催者が私に対し応急処置を施すことを承諾し、その応急処置の方法および結果に対しても異議をとえません。

4.〔負傷・死亡事故の免責〕私は、記録会および付帯行事の開催中に負傷した場合、またはこれらに基づいた後遺症が発生した場合、あるいは死亡した場合においても、その原因のいかんを問わず、記録会に係わるすべての記録会関係者に対する責任を免除いたします。また、私に対する補償は記録会に掛けられた傷害保険の範囲内であることを確認し承いたします。従って、私はここに、私自身、私の遺言執行人、管財人、相続人、近親者などのいずれから、私が被った一切の障害について賠償請求、訴訟の提起およびそれらのための弁護士費用などの支払請求を行わないことを誓います。

5.〔不可抗力事項の免責〕私は、気象状況の悪化および競技環境の不良など記録会主催者の責に帰すべからざる事由により、記録会が中止になった場合、または競技内容に変更があった場合、さらには競技用具の紛失・破損などにより競技参加に支障が生じた場合においても、主催者に対してその責任を追求しないこと並びに記録会への参加のために要した諸経費（参加費を含む）の支払請求を一切行わないことを誓います。

6.〔肖像権などの広報使用と商業的利用〕私は、私の肖像・氏名・住所・年齢・競技歴などが、記録会に関連する広報物全般および報道・情報メディアにおいて使用されることを了承し、これらに付随して主催者・管轄競技団体が制作する印刷物・ビデオ・情報メディアなどによる商業的利用を承諾いたします。

7.〔親族の参加承諾と専属管轄権〕私は、私の家族・親族または保護者が、本誓約書にもとづく記録会の内容を理解し承し、私の記録会参加を承諾していることを誓います。万一、記録会に関する争いが生じた場合、その第1審の専属管轄権は、長崎地方裁判所とし、準拠法は日本法とすることに同意いたします。

長崎県トライアスロン協会 御中

私は、記録会への応募用書類のすべての記載事項が真実かつ正確であることを誓います。また、私および私の保護者（未成年の場合）は、記録会の誓約書および記録会用傷害保険を含む記録会の内容を理解し承諾したことを誓い、下記に必要事項を明記し署名します。

* 未成年者は、保護者の承諾を示す署名捺印が必要です。

◆参加者自筆署名捺印 _____ (印) ◆保護者署名捺印 _____ (印)
年 月 日 年 月 日

【受付提出用】新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート

本チェックシートは各種大会において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、大会会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

※大会1週間前から記入し、大会当日、主催者の指示に従い指定の場所に提出すること

※体温は0.1℃単位の数字を記入、1～10の項目に該当する場合は✓を入れてください

No.	チェックリスト	12月11日 (日)	12月12日 (月)	12月13日 (火)	12月14日 (水)	12月15日 (木)	12月16日 (金)	12月17日 (土)	12月18日 (日)
	体温 (°C)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
1	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	咳（せき）が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	痰（たん）がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	鼻水（はなみず）、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	頭が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	体のだるさなどがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	発熱の症状がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	息苦しさがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	味覚異常(味がしない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	嗅覚異常(匂いがしない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

氏名

所属（学校名など）

連絡先（電話番号）

保護者氏名

※参加者が未成年の場合