

第41回東京都フリースタイルスキー選手権大会

(福島県リステル猪苗代)日程変更のお知らせ

日程を延期しておりました標記の大会は2022年2月19日～20日に開催する事で決定いたしました。

既にお申込みいただいているエントリーは全て延期後の日程に移行しますので改めての申し込みは必要ありません。

日程変更に伴う出場キャンセル、追加申込は下記の通り受付いたします。

①追加申込

申込期間 2022年2月11日(金)必着 様式:「競一F1」または「SAJ 競一2」に「大会日程変更にもなう追加エントリー」と枠外に記入し、他必要事項を記入し参加料同封の上現金封筒にて東京都スキー連盟事務局に郵送してください。

【送り先】

〒102-0093 東京都千代田区平河町 1-4-15 平河町小池ビル 2 階
(一財)東京都スキー連盟事務局「第41回東京都FS選手権 追加申込」

②出場キャンセル

大会日程変更に伴い出場をキャンセルする選手は2022年2月11日(金)必着で、別紙「キャンセル願い」をFAXにてご申告お願いいたします。

【FAX 送信先】

(一財)東京都スキー連盟事務局 FAX:03-3264-6540

※コロナウイルス感染拡大状況によっては再変更もありますので、ホームページでのご案内にご留意ください。

以上

東京都スキー連盟
フリースタイルスキー競技会
 参加申込書(延期日程での追加申込用)

一般財団法人 東京都スキー連盟会長 殿

		申込日		西暦	年	月	日
フリガナ		性別	参加項目ひとつに✓または○印を付ける				
氏名	印	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/>	SAJ A級公認 東京都フリースタイルスキー選手権大会 (会場: 福島県リステルスキーファンタジア)				
生年月日	西暦	年	月	日	歳	<input type="checkbox"/>	
TEL			<input type="checkbox"/>				
SAJ 会員No.			ポイントリスト の順位	位			
SAJ 競技者No.			チームキャプテン 緊急連絡先				
FIS 競技者No.							

上記競技会等に際しては、損害事故防止に充分注意するとともに万が一、私自身が原因で発生した事故に対しては、すべて私自身の責任において処理することを了承のうえ、参加申し込み致します。

加入傷害保険会社名		番号	
-----------	--	----	--

保護者承諾書(18歳未満の参加者の場合)			
保護者 氏名		印	TEL
住所	〒		

所属クラブ名	所属連盟名
代表者名	代表者名
印	印

注)一般財団法人東京都スキー連盟事務局は日・月・祝祭日休業。
 現金の取扱い時間は、10時～15時。

※本申込書に関する個人情報は、本連盟の行事以外には使用いたしません。



東京都スキー連盟 事務局行 FAX:03-3264-6540

【FAX用】

第41回東京都フリースタイルスキー選手権大会
参加申込キャンセル届

一般財団法人 東京都スキー連盟 競技本部長 殿

		申込日		西暦	年	月	日
フリガナ		性別	FIS・SAJ A級公認				
氏名		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 男 女	第41回東京都フリースタイルスキー選手権大会 (会場:福島県リステルスキーファンタジア)				
所属クラブ名		所属県連名					
TEL							
連絡用メールアドレス							
返金用銀行口座	銀行	支店	普通・当座				
口座No	* ゆうちよ銀行以外の銀行でお願いします						

保護者承諾書(18歳未満の参加者の場合)				
保護者氏名		印	TEL	

※本キャンセル届に関する個人情報は、本連盟の行事以外には使用いたしません。

サンガリアシリーズ 第41回東京都フリースタイルスキー選手権大会

📄 競技会までの記録

* 参加する2週間前より記録を付け来場時に提出をする

氏名	SAJ会員NO	加盟団体
	SAJ競技者NO	チーム名

日付	2月5日	2月6日	2月7日	2月8日	2月9日	2月10日	2月11日
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
咳	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
喉の痛み	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
鼻水	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
頭痛	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
味・匂いの異常	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
家族に体調不良	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
海外渡航	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
濃厚接触の可能性	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

日付	2月12日	2月13日	2月14日	2月15日	2月16日	2月17日	2月18日
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
咳	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
喉の痛み	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
鼻水	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
頭痛	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
味・匂いの異常	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
家族に体調不良	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
海外渡航	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
濃厚接触の可能性	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

📄 当日の記録

* 競技期間中は毎日提出をする 体調が優れない場合は来場を見合わせる事

切り取り線

提出日	2022年2月19日土曜日			SAJ会員NO	加盟団体		
氏名				SAJ競技者NO	チーム名		
体温	°C	検温時間	時 分	体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		
不調の症状 *ある場合のみ チェック	咳 <input type="checkbox"/>	喉の痛み <input type="checkbox"/>	鼻水 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>	吐き気 嘔吐 <input type="checkbox"/>	味 匂いの異状 <input type="checkbox"/>

切り取り線

提出日	2022年2月20日日曜日			SAJ会員NO	加盟団体		
氏名				SAJ競技者NO	チーム名		
体温	°C	検温時間	時 分	体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		
不調の症状 *ある場合のみ チェック	咳 <input type="checkbox"/>	喉の痛み <input type="checkbox"/>	鼻水 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>	吐き気 嘔吐 <input type="checkbox"/>	味 匂いの異状 <input type="checkbox"/>

切り取り線

提出日	年 月 日 曜日	SAJ会員NO	加盟団体				
氏名		SAJ競技者NO	チーム名				
体温	°C	検温時間	時 分	体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		
不調の症状 *ある場合のみ チェック	咳 <input type="checkbox"/>	喉の痛み <input type="checkbox"/>	鼻水 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>	吐き気 嘔吐 <input type="checkbox"/>	味 匂いの異状 <input type="checkbox"/>