

# シクロクロス長沼選手権大会申込方法

(規格A4縦)

## ◇問い合わせ・申込み先

(公財)ツール・ド・北海道協会内 札幌自転車競技連盟事務局 (堀江あて)  
〒060-0005 札幌市中央区北5条西6丁目1-23 第2道通ビル5F

電話011-251-1187 FAX 011-232-4604

e-mail scf-2@sapporo-cf.jp

ホームページ http://www.sapporo-cf.jp

※電話による問い合わせは月曜日～金曜日の9:00～17:00までとします。

また他レース開催準備などで事務局担当が留守の場合もありますので、余裕のある日程でご連絡下さい

## ◇郵便振替申込先

口座番号;02770-3-40804

口座名;シクロクロス大会

## ◇申込み・入金締切

**2017年 6月9日(金) 必着のこと**

※締め切日以降の申込・受付・返金は一切致しませんのでご注意ください。

(郵送で申込みの場合は下線を切り取りのうえ、お申し込みください。また団体は、団体の部申込書でお申し込みください)

## シクロクロス長沼選手権大会参加申込書(個人の部)

※記載事項に不備がある場合は受付できない場合がありますので注意願います。

(フリガナ)	( )	性別	生年月日(西暦)				年齢
氏名		男・女	年	月	日	歳	
住所	〒						
電話		携帯電話					
E-mail:							
勤務先(または学校(学年も記載)・チーム名)							
参加形式(該当に○をつけてください)	HCF会員として⇒		HCF会員番号				
	会員以外として⇒		参加履歴		初参加・過去の大会参加経験あり		
※道車連会員の方は必ずHCF会員番号を記載願います。							
区分	参加クラス(参加クラスを○で囲んでください。)						
(1)個人種目	マスターズ	women	U-13	オープン20	オープン30	オープン40	グラベル
	4,000円	4,000円	2,000円	4,000円	4,000円	4,000円	4,001円
(2)団体種目	1名編成	2名編成	3名編成	4名～8名			
	4,000円	8,000円	12,000円	15,000円			
競技者賛助金振込予定日	月	日	競技者賛助金合計額	円			
※参加者が未成年の時は保護者が記入してください。							
参加者同意・承諾書							
私は、上記の者がサマークロス長沼大会に参加することを承諾します。							
私は、大会主催者の設けたすべての規則、指示に従い、主催者に対して一切の責任を問いません。また主催者側が加入した保険の範囲及び救急処置以外の責を求めません。							
今大会に関する肖像権等の権利は全て札幌自転車競技連盟に帰属することに同意します。							
平成 年 月 日							
氏名 <span style="float: right;">⑦</span>							
※署名・捺印(サイン)の無い場合は参加を認めませんので注意願います。							

シクロクロス長沼選手権大会参加申込書(個人の部)

○大会申込書の内容は、主催者及び大会運営に使用され本人の承諾なくして他の目的に使用する事はありません。

主催 札幌自転車競技連盟