

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019 経費内訳表

申込団体名・担当者名

TEL

FAX

携帯

内 容		単 価	申込み数	計
参加料 (オリンピック協賛金 含む)	選手権競技 120Km	57,000円	頭	円
	80Km 競技	47,000円	頭	円
	60Km 競技	42,000円	頭	円
	40Km 競技	37,000円	頭	円
予備馬登録料		1頭 2,000円	頭	円
会場への入場頭数(予備馬含む)			合計	頭
仮設厩舎使用料	入厩日時 日 時 退厩日時 日 時	1泊 3,000円	泊× 頭	円
麦稈コンパクト:1梱包(約30kg)		2,000円	個	
チモシーコンパクト:1梱包(約10Kg)		1,500円	個	円
弁 当 代 (飲み物付)	22日(日)12:00頃	1,000円	昼食 個	円
交流会参加料	22日(日)18:30~	大人 3,500円	人	円
		小・中 1,500円	人	円
			合計	円

※締切までに振込を完了して下さい。

* ウリマックホールの宿泊は行っておりません。近隣をご利用ください。

* 大会期間中は全頭入厩して頂きます。

9月2日(月)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いたします。

【振込先】

金融機関 帯広信用金庫 鹿追支店

口座番号 普通 1032394

口座名義 全日本エンデュランス馬術大会

実行委員長 三井福成

〒081-0341

北海道河東郡鹿追町瓜幕西3丁目 鹿追町ライディングパーク内

全日本エンデュランス馬術大会実行委員会

TEL:0156-67-2345

FAX:0156-67-2348

振込証明書貼付欄

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019 参加申込書

選手権競技 120km

選手名 (ふりがな)	日馬連会員 登録番号	性別	日馬連資格認定級	加入傷害保険	馬 匹 名		品 種		北海道外からの参加の場合	当該競技への出場条件を 満たす完走暦を記載すること	
		年齢			日馬連登録番号	性 別	年 齢	毛 色	繋養地(都道府県)	人	馬
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
予 備 馬 登 録 欄						牡 驢 牝	種		/	km 回	
* 予備馬の登録料は1頭当たり2,000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。						牡 驢 牝	毛			km 回	
						牡 驢 牝	種		/	km 回	
	牡 驢 牝	毛									

※締切後の予備馬登録は受付致しません。

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

年 月 日

氏名又は所属団体代表者

印

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019 参加申込書

80km 競技

選手名 (ふりがな)	日馬連会員 登録番号	性別	日馬連資格認定級	加入傷害保険	馬 匹 名		品 種		北海道外からの参加の場合	当該競技への出場条件を 満たす完走暦を記載すること	
		年齢			日馬連登録番号	性 別	年 齢	毛 色	繋養地(都道府県)	人	馬
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
予 備 馬 登 録 欄						牡 驥 牝	種		/	km 回	
* 予備馬の登録料は1頭当たり2,000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。						牡 驥 牝	毛			km 回	
						牡 驥 牝	種		/	km 回	
	牡 驥 牝	毛									

※締切後の予備馬登録は受付致しません。

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

年 月 日

氏名又は所属団体代表者

印

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019 参加申込書

60km 競技

選手名 (ふりがな)	日馬連会員 登録番号	性別	日馬連資格認定級	加入傷害保険	馬 匹 名		品 種		北海道外からの参加の場合	当該競技への出場条件を 満たす完走暦を記載すること	
		年齢			日馬連登録番号	性 別	年 齢	毛 色	繋養地(都道府県)	人	馬
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驥 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驥 牝	毛			km 回	km 回
予 備 馬 登 録 欄						牡 驥 牝	種		/	km 回	
* 予備馬の登録料は1頭当たり2,000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。						牡 驥 牝	毛			km 回	
						牡 驥 牝	種		/	km 回	
		歳				牡 驥 牝	毛				km 回

※締切後の予備馬登録は受付致しません。

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

年 月 日

氏名又は所属団体代表者

印

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019 参加申込書

40km 競技

選手名 (ふりがな)	日馬連会員 登録番号	性別	日馬連資格認定級	加入傷害保険	馬 匹 名		品 種		北海道外からの参加の場合	当該競技への出場条件を 満たす完走暦を記載すること	
		年齢			日馬連登録番号	性 別	年 齢	毛 色	繋養地(都道府県)	人	馬
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
			級			牡 驢 牝	種			km 回	km 回
		歳				牡 驢 牝	毛			km 回	km 回
予 備 馬 登 録 欄						牡 驢 牝	種		/	km 回	
* 予備馬の登録料は1頭当たり2,000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。						牡 驢 牝	毛			km 回	
						牡 驢 牝	種		/	km 回	
	牡 驢 牝	毛									

※締切後の予備馬登録は受付致しません。

上記競技選手の本大会への参加を認めます。

年 月 日

氏名又は所属団体代表者

印

馬の賠償保険加入証明貼付用紙

クラブ名 _____

※出場する馬(予備馬含む)すべての保険加入が証明できる書類のコピーを貼付すること

予防接種報告書

団体名	
-----	--

※接種日が同じ馬は、馬匹名の欄に連名で記入して構いません。

馬匹名			
	馬インフルエンザ	馬日本脳炎	
		直近2回分の接種日を記入して下さい。	
		年 月 日	年 月 日

馬匹名			
	馬インフルエンザ	馬日本脳炎	
		直近2回分の接種日を記入して下さい。	
		年 月 日	年 月 日

馬匹名			
	馬インフルエンザ	馬日本脳炎	
		直近2回分の接種日を記入して下さい。	
		年 月 日	年 月 日

馬匹名			
	馬インフルエンザ	馬日本脳炎	
		直近2回分の接種日を記入して下さい。	
		年 月 日	年 月 日

馬匹名			
	馬インフルエンザ	馬日本脳炎	
		直近2回分の接種日を記入して下さい。	
		年 月 日	年 月 日

※日本馬術連盟 検査・予防接種実施要領に規定されている防疫要領を満たしていることが分かるよう記入して下さい。

※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下さい。

※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。

同意書

(競技出場者は全員提出すること)

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019実行委員会

実行委員長 三井福成様

第20回全日本エンデュランス馬術大会2019期間中において、事故等が発生した場合、
出場者及び所属クラブの責任において処理し、主催者側へ申し立てることは一切致し
ません。

年	月	日
出場者	住所	
	氏名	印

配偶者又は親族等、及び 親権者(未成年の場合)	住所	
	氏名	印
	出場者との関係	

所属乗馬クラブ責任者	住所	
	氏名	印

※3者本人が署名し、提出すること(パソコンでの入力不可)

メディカルカード(第20回全日本エンデュランス馬術大会2019)

【特筆すべき病歴等】
* 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:	
FAX:	

【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:	
FAX:	

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

* 競技出場者は、必ず本人が記入し提出して下さい。
 ※同年度他大会様式でも可。