

個人医療情報（オープニングロードレースに参加用）

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】

OPR

※これはオープニングロードレースに参加する選手用の提出書類です。

| | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------|--|---|------------------------------|
| ロードID番号 ゼッケン | | | | <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 | | | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| | <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 | | | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 監督 ・ <input type="checkbox"/> 引率 ・ <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| | <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。