

# はまなす車いすマラソン2025 参加申込書

ふりがな			都道府県又は 政令市名					
氏名								
生年月日	S	年	月	日	満 歳	性別 男・女	血液 型	型
	H							
現住所	〒 -							
	TEL ( ) - -		FAX ( ) - -					
	携帯電話 - -		E-MAIL					
勤務先								
住所	〒 -							
	TEL ( ) - -		FAX ( ) - -					
参加種目	ハーフマラソン (21.0975Km)							
過去のマラソン 参加記録 (1年以内)	記 録	1	フル	2	ハーフ	大会名 開催年月日	年	月
		時間	分	秒				
本大会への参加経験	有		無					

○同行者

ふりがな	年齢	性別	選手との関係	車椅子使用	身障等級
氏名					種 級
ふりがな	年齢	性別	選手との関係	車椅子使用	身障等級
氏名					種 級

## 誓 約 書

私は、はまなす車いすマラソン2025に参加するにあたり、健康管理は自己責任において行うとともに、大会期間中における事故、紛失、傷病等に関し、主催者への損害賠償等の請求を行いません。補償は大会側が加入した保険の範囲内であることを承諾します。  
また、大会の映像（動画、静止画）及び記録等において、新聞、雑誌、テレビ、インターネット、印刷物等による掲載権が主催者にあることを承諾します。

2025年 月 日

はまなす車いすマラソン2025実行委員長 様

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

# はまなす車いすマラソン2025 クラス分け申告書

ふりがな	
氏 名	

注) 必ず記入すること

ク ラ ス	クラス1 (T51)	クラス2 (T52)	クラス3 (T53/T54)
-------	------------	------------	----------------

(別表のクラス分け表を参照のうえ該当するクラスへ○をつけて下さい。)

傷 病 名		受傷/発病		年 月	
現 症	脊 損	頸 完 全 第 胸 節以下 麻痺 腰 不完全	痙 直 性	強 中 弱	
	ポ リ オ	脊柱の変形	有 無		
	切 断	a) 両大腿	b) 片大腿	c) 両下腿	d) 片下腿
	その他の 機能障害	a) 車いす常用、筋力や運動性の機能低下、片上肢または両上肢に痙性がある/LAT1 b) 車いす常用、上肢の機能良好/LAT2			
脳 原 性	麻痺状態	痙 直 型	アテトーゼ型	その他	
	麻痺部位	四肢麻痺	両下肢麻痺		

座位バランス	可	否
--------	---	---

## 《様式 1、2 号の記入要領》

- 1 年齢は大会当日の満年齢を記入してください。
- 2 過去のマラソン大会参考記録については、1年以内に参加した最も近い大会の記録を記入して下さい。  
1年以内に大会へ参加していない場合も、近い大会の記録を記入して下さい。
- 3 同行者がいる場合は、「同行者」欄へ記入して下さい。
- 4 本大会の健康管理については、参加者本人の責任において行ってください。  
主催者における健康診査はありません、大会の出場については自己判断により行って下さい。  
※ 体調に不安を感じたり、競技の途中で具合が悪くなった場合は、決して無理をせず、勇気をもって  
出場棄権及びリタイアしてください。

# 宿泊等申込書

(裏面の記入要領により記入して下さい)

**選手** ※太枠内はすべて記入下さい。  
 ※FAX、携帯電話、E-Mailをお持ちでない場合は該当箇所に「なし または ×」を記入下さい。

ふりがな		年齢		性別	男・女	都道府県名 又は政令市名	
氏名		歳					
住所	〒 -	TEL	-	-		身障等級	種 級
		FAX	-	-		手帳番号	
		携帯	-	-		E-MAIL	

**1 交通機関の利用** ※AまたはBの□の中に☑を入れ、該当する箇所の太枠内はすべてご記入下さい。  
 ※Aの場合は、下記の「航空券手配上のお願い」欄をご参照ください。

A 航空機・近畿日本ツーリストに申込み

【第1希望】 ※航空会社・割引の種類に○印をご記入下さい。

月 / 日	航空会社	出発空港	出発時間か便名	割引の種類
8 / 30	JAL/ANA/その他 ( )			早割等・手帳
8 / 31	JAL/ANA/その他 ( )			早割等・手帳
9 / 1	JAL/ANA/その他 ( )			早割等・手帳

B 航空機・各自手配

月 / 日	出発空港	到着空港	便名	出発時間	到着時間
8 / 30				:	:
8 / 31				:	:
9 / 1				:	:

**C 搭乗者** (航空機を利用する方全員の名前をご記入ください)

搭乗者氏名	歩行可否	搭乗者氏名	歩行可否
男・女 (オ)	可・否	男・女 (オ)	可・否
男・女 (オ)	可・否	男・女 (オ)	可・否

競技用車いす機内持込み	
有り	無し

○航空運賃参考表 (運賃は変更される場合があります。) ※3/8時点の価格

	発着空港	一般運賃	障害者割引 (手帳)	★早割等 (参考)
新千歳空港 までの 片道運賃	東京	46,440	23,240	15,590~
	大阪・関西	57,010	28,510	15,110~
	大阪・伊丹	56,910	28,410	15,010~
	名古屋 (中部)	51,310	25,860	14,890~
	福岡	69,380	34,730	20,280~

★航空券手配上のお願い

航空券は申込書が届き次第手配いたしますが、発券期限等の内容確認についてご連絡をさせていただきます。  
 また、上記のとおり、障がい者割引運賃よりも、早割等の安価な運賃で航空券を手配できる場合、この割引は発券後の  
 取消しや変更の際に、料金の半額程度を航空会社に支払う必要が生じます。  
 取消や変更が想定される方は障害者割引 (手帳) をご利用ください。

**D その他 (備考)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>航空会社のマイレージ番号をお持ちの方はご記入下さい。</li> <li>同行者で手帳の割引を利用される方は手帳の番号等をお知らせ下さい。</li> </ul>

E 他の交通機関

交通機関名	来道日	離道日

注) バス輸送の運行時間帯は、下記のとおりとします。

30日(土) / 空港→受付会場【空港発11時30分～14時30分】

31日(日) / F地点→表彰会場→空港【空港到着16時00分頃】

1日(月) / 宿舎→空港【宿舎発9時30分～12時00分】

2 バス輸送(空港⇄受付・表彰会場)

	30日	31日	1日
希望する (○印)			
乗車人数			
	名	名	名

※上記時間帯以外の移動については、各自で手配願います。

◆受付・表彰会場(札幌市役所)と、宿泊ホテルは別施設となりますが、  
両施設は近隣により、バス輸送はありません。

◆ホテル～スタート地点も、同じく近隣によりバス輸送はありません。

バス乗車希望者の氏名(同行者や応援者等も含む)

◆指定宿舎は下記ホテルとなります。

ニューオータニイン札幌 (TEL 011-222-1111)

住所 〒060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目1

※一泊朝食付きとなりますが、夕食はありません。

(ホテル内レストランや近隣飲食店等をご利用ください。)

◆受付・表彰会場、レーザー保管は下記施設となります。

札幌市役所 (TEL 011-211-2111)

住所 〒060-0001 札幌市中央区北1条西2丁目

※昨年会場(かでの27)と受付・表彰会場は変更になりました。

3 宿泊(指定宿舎に限る)

月/日	選手	同行者	合計
8/30(土)	名	名	名
8/31(日)	名	名	名

4 宿泊者(指定宿舎に限る)

選手	ふりがな	同室などの宿舎に関する希望				
	氏名					
同行者	ふりがな	年齢	性別	選手との関係	車椅子使用	身障等級
	氏名					種 級

《 記 入 要 領 》

- 1 宿泊等申込書の記入については「**宿泊等申込みの注意事項**」をよく確認のうえ、行って下さい。
- 2 来道・離道について、利用する交通機関を必ず記入して下さい。
- 3 空港からのバス輸送を利用される方は必要事項を記入して下さい。
- 4 同行者の宿泊を希望される方も、必要事項を記入して下さい。  
宿泊費の助成は、指定の宿舎に限り、選手のみ対象となり、同行者は助成の対象となりません。