

2014 白馬さのさかモーグル大会第 1 戦・第 2 戦

開 催 要 項

1. 主 催 白馬村スキークラブ
2. 主 管 白馬さのさかスキースクール
3. 後 援 白馬村、白馬村教育委員会、白馬村観光局
4. 協 賛 ㈱白馬さのさか、白馬さのさかスキー場
5. 協 力 白馬さのさか観光協会、(公財)長野県スキー連盟
6. 期 日 平成 26 年 1 月 24 日 (金曜日) ~ 26 日 (日曜日)
7. 会 場 白馬さのさかスキー場常設モーグルコース
8. 競技種目 男女モーグル (シングル)
9. 参加資格 ① (財) 全日本スキー連盟登録会員で競技者登録を完了している者  
(18 才未満の者は保護者の参加承諾書が必要)  
② 全日本スキー連盟スキー安全会スポーツ傷害保険又はこれに準ずる傷害保険加入者
10. 競技規則 FIS フリースタイルスキー競技規則による (一部 SAJ 規則を適用)
11. 申 込
  - 1) 方 法 所定の申込用紙 (必ず、SAJ 競技者登録番号) と参加料を、各都道府県ごとに一括して別紙総括表と共に現金書留にて期日までに申し込むこと
  - 2) 締 切 **平成 26 年 1 月 17 日 (金)** 必着 (FAX は無効)
  - 3) 参加料 7,000 円
  - 4) 申込先 〒399-9211 長野県北安曇郡白馬村神城 458 白馬さのさかスキースクール 宛  
tel 0261-75-3280 mail sano-ski@crest.ocn.ne.jp
12. 表 彰 各男女共 6 位まで
13. 競技日程
 

1 月 24 日	12:00 ~ 14:00 受付、BIB 交付	カストルプラザ内
	13:30 ~ 14:30 公式トレーニング	
	16:30 開会式、引続き TCM	カストルプラザ内
1 月 25 日	8:00 第 6 リフト運転開始	
	8:40 女子コースインスペクション	
	9:00 女子予選開始	
	9:30 男子コースインスペクション	
	10:00 男子予選開始	
	13:00 男女決勝開始 (男子 16 名、女子 12 名)	
	決勝終了後第 2 戦コースインスペクション、公式トレーニング	
	16:00 表彰式、TCM	カストルプラザ前
1 月 26 日	8:00 第 6 リフト運転開始	
	8:40 女子コースインスペクション	
	9:00 女子予選開始	
	9:30 男子コースインスペクション	
	10:00 男子予選開始	
	13:00 男女決勝開始 (男子 16 名、女子 12 名)	
	13:40 スーパーファイナル (男子 4 名、女子 4 名)	
	16:00 表彰式、閉会式	カストルプラザ前
14. その他
  - 1) 宿舎紹介 白馬さのさか観光協会 tel 0261-75-2811
  - 2) 公式掲示 ゴールエリア付近
  - 3) 傷害処置について、出場選手が競技中及び公式練習中に傷害を受けた場合、主催者は応急処置のみを行ふのとし、以後は各自の責任において処置を行うこと
  - 4) 前走希望者は組織委員会により決定しますので現地での受付は行いません
  - 5) 各チームコーチは事前にコーチ総括表にコーチ名を記載して参加選手総括表とともに提出してください、事前にコーチ申請があったコーチのみにコーチ BIB を大会受付にて発行いたします
  - 6) 今後の変更等については白馬さのさかスキースクールのホームページ  
<http://www6.ocn.ne.jp/~sanosaka/index.html> で確認すること

(財) 全日本スキー連盟 フリースタイルスキー公認大会  
参加申込書 (SAJ-B級)

白馬村スキークラブ会長 殿

2014 白馬さのさかモーグル大会 <b>第1戦</b> <b>第2戦</b> 参加する方に○を付けて下さい
--

平成    年    月    日申込

(ふりがな) 氏名		男 女	SAJ 加盟団体	
			FIS 登録番号	
(ローマ字)			SAJ 会員登録番号	
年齢	西暦                      年    月    日生                      歳		SAJ 競技者登録番号	
所属団体				
住所	〒			
	携帯 Tel		Tel	E-mail

参加に際しては、障害防止に十分注意すると共に、万一、私、及び私が原因で発生した事故に対しては、  
全て私の責任において処理することを了承の上参加を申し込みます。

加入傷害保険会社名	No	名称 (                      )
健康保険証	被保険者名	保険証 No
名称	本人との関係	

保護者参加承諾書 (18歳未満の参加者)

保護者氏名                      印
保護者住所 〒
緊急連絡先    携帯 Tel                      Tel
都道府県連会長氏名    印                      所属団体長・代表者氏名    印
印                      印