

No.	計測○	ゼッケン	氏名	生年月日	血液型	住 所	電話番号(携帯)	緊急連絡先(携帯)	車種(半角12字以内)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

↑計測される方はこちらに○印をつけてください。料金別途¥1,100となります。

①走行される方は全員、枠内の情報を記入ください。
 ②走行に関しては、エビスサーキットの規則に遵守してください。
 ③保険加入内容(入院15000円/1日、死亡6000万円)
 *主催者で保険加入される際は、保険加入契約書のコピーを提出してください。

誓 約 書

私たちは、エビスサーキットを走行するにあたり、エビスサーキットの規約に従うことを誓約いたします。スポーツ走行に関連して起こった死亡、負傷、その他の事故で私たち及びピット要員の受けた損害について決して、コース管理者ならびにその従業員、雇員、または他の走行者などに対して非難したり、責任を追及したりしないことを誓約いたします。尚、事故がエビスサーキットまたはその従業員ならびに走行者の手違いなどに起因した場合であっても変わりません。

また私たちはコース走行に際して心身ともに健全かつ適格であることを誓います。尚、私たちの過失により施設、機材、車両などに損害を与えたときはその損害について弁償いたします。

西 暦 年 月 日

代表者氏名： _____ ㊞ *印鑑を忘れずに押してください。拇印は不可です。

住所：〒 _____