



COMPETITION FORM

選手データ

選手氏名(大文字ローマ字)

性別(Male or Female)

生年月日(月/日/西暦)

出生国

国籍

自己ベストデータ

AIDA 競技規則(5.2.1)に則り、アスリートは自己ベストを提出する必要があります。

大会の 3 か月前 から 1 日前までに達成した記録のみを記載してください。

前提条件要件は AIDA 競技規則に記載されています。

出場予定の競技のみ記入してください。

CWT	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 該当する記録なし	
日付(月/日/西暦)	<input type="text"/>

CWTB	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 該当する記録なし	
日付(月/日/西暦)	<input type="text"/>

CNF	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 該当する記録なし	
日付(月/日/西暦)	<input type="text"/>

FIM	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 該当する記録なし	
日付(月/日/西暦)	<input type="text"/>

フリーダイビング事故報告

規定によれば、競技開始前の過去 3 か月以内にアスリートが水圧に関連した怪我やBOに見舞われた場合、医師の署名が入った新しい診断書を提出する必要があります。

最後に水圧関連の事故 が起きた日(月/日/西暦)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 該当なし	

最後にBOした日 (月/日/西暦)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 該当なし	

医師の診断書をもらった日
(月/日/西暦)

注意:

医療関連の事件が発生するたびに、医師の署名のある新しい診断書を取得することが義務付けられています。

署名

私はこのフォームに正しく記入したことを認め、
提供されたデータに対して全責任を負う事に同意し、
ここに署名します。

選手署名

証人の署名