

貴社名

様

三和トレーディング有限会社
 担当 清水 / 猪ノ原
 shimizu@sanwa-trd.co.jp

SUPER BATTLE of MINI.

管理者記入欄

※FAXにてお申込みください。

FAX 03-3521-5929

SUPER BATTLE of MINI 2021 第3戦 参加申込書

皆様には日頃格別のお引き立てを賜り、誠にありがとうございます。

SUPER BATTLE of MINI 第3戦を10月10日(日)に開催いたします。各項目欄は、記入漏れの無いようご確認ください。

(別途誓約書の提出をお忘れないうようお願いいたします。保険加入に必要となります。)

クラス名	記入欄に以下のクラス、排気量をご記入ください。	参加費(税込)
Genuine Parts Racing category 7	『 C7 』	¥18,150.-
SUPER BATTLE of MINI (SPRINT / OPEN)	SPRINT ⇒ 『 SBM-S 』 / OPEN ⇒ 『 SBM-O 』	¥18,150.-
SUPER BATTLE of MINI (MOTO / SILHOUETTE)	『 モト 』 『 シルエット 』 / のいずれか	¥18,150.-
INJECTION EVOLUTION CLASS	EVOLUTION ⇒ 『 INJ-E 』	¥18,150.-
INJECTION CLASS	TUNING ⇒ 『 INJ-T 』 LEGAL ⇒ 『 INJ-L 』	¥18,150.-
BATTLE of MINI1000	『 1000 』	¥18,150.-
EUROPIAN CLASSIC CHALLENGE	『 EU 』	¥18,150.-
FORMULA CLASSICS	『 F 』	¥18,150.-

レースクラスにエントリーされる方は必ず参加当日の排気量をご記入ください。

①	No.	ドライバー (ふりがな)	クラス	車両名	排気量 (必須)
		ふりがな			
	誓約書の提出方法 (番号に○) 1 .FAXにて送信 / 2 .当日受付にて提出				
②	No.	ドライバー (ふりがな)	クラス	車両名	排気量 (必須)
		ふりがな			
	誓約書の提出方法 (番号に○) 1 .FAXにて送信 / 2 .当日受付にて提出				
③	No.	ドライバー (ふりがな)	クラス	車両名	排気量 (必須)
		ふりがな			
	誓約書の提出方法 (番号に○) 1 .FAXにて送信 / 2 .当日受付にて提出				
④	No.	ドライバー (ふりがな)	クラス	車両名	排気量 (必須)
		ふりがな			
	誓約書の提出方法 (番号に○) 1 .FAXにて送信 / 2 .当日受付にて提出				
⑤	No.	ドライバー (ふりがな)	クラス	車両名	排気量 (必須)
		ふりがな			
	誓約書の提出方法 (番号に○) 1 .FAXにて送信 / 2 .当日受付にて提出				

※同じ車両で別クラスへWエントリーの場合は、右の欄へ参加内容をご記入ください。

例1: No○○ 同車両Wエントリー
 例2: 車両名○○ 同車両Wエントリー 等

確認事項

- ※固定ナンバーをお持ちの方はご記入下さい。カーナンバーはご希望に沿えない場合がございます。ご了承下さい。
- ※レースクラスでは4点式シートベルト着用義務付けを勧めさせて頂いております。モト / シルエットクラスは4点式シートベルト着用義務となっております。また、バケットシート装着推奨を進めております。皆様の安全の為、ご協力下さい。
- ※ハンス着用義務付け以外のクラスでも、ハンスの着用を強く推奨しております。

新型コロナウイルス対策問診票

■ 日付 : 2021年 月 日

■ 走行者氏名: _____ 本日の体温 _____ °C

■ 同行者名1: _____ 本日の体温 _____ °C

■ 同行者名2: _____ 本日の体温 _____ °C

※同行者がいる場合のみご記入ください

■ 走行者の体調についてお伺いいたします。

	質 問	お 答 え	
①	37.5°C以上の発熱	あり	なし
②	咳	あり	なし
③	痰	あり	なし
④	呼吸苦（息苦しき）	あり	なし
⑤	倦怠感（身体のだるさ）	あり	なし
⑥	味覚・嗅覚異常（味やにおいを感じない）	あり	なし
⑦	2週間以内に新型コロナウイルス感染者やその濃厚接触者との接触	あり	なし

※濃厚接触者…同居、長時間の接触、2m以内でマスク等なしでの対話、唾液等への接触など

■ 2.同行者・同居しているご家族に、上記項目（■1）の「あり」に当てはまる方はいますか。

なし

あり 同行者 1 / 同行者 2 / 同居しているご家族

いつから(日時): _____ / _____

症状: _____