

※お預かり致します個人情報イベントの円滑な運営のためのみに使用を致します。

# 2017年6月18日(日) ワンメイクドライビングレース「SUZUKI SWIFT CIRCUIT DAY」参加申込書

下記欄に必要事項を記入し、ご応募お願いします。

メール・FAXを頂いた時点では正式エントリーではございません。 予めご了承下さい。

申請日 2017年 月 日

フリガナ					FISCO ライセンスNO.		(既に入会されている方はご記入願います)	
ご氏名								
性別	男・女	生年月日	年	月	日	年齢	才	
血液型 (いずれかに○)	A・B・O・AB			RH (いずれかに○)		+・-		
免許番号				免許証種類	4輪・2輪 (大自二 普自二)		ご職業	
ご住所	〒							
電話番号	( )			携帯番号	( )			
メールアドレス	@			お車ナンバー			型式	
緊急連絡先	フリガナ					続柄		
	氏名							
ご住所	〒							
電話番号	( )			携帯番号 (任意記入)				

競技ライセンス有無	国際 A / B / C・国内 A / B・無し	サーキット走行経験	有・無	富士スピードウェイショートサーキット走行経験	有・無
同伴者 *参加者のお車に同乗されて、ご入場される方	( )名	食物アレルギー *食物アレルギーがある方はご記入下さい			

お申し込み希望箇所に"○"もしくは人数を、ご記入ください			税込
スキルアップクラス		サーキットデビュークラス	
FISCOライセンス会員の方 18,500円		FISCOライセンス会員の方 18,500円	
FISCOライセンスをお持ちではない方 22,600円		FISCOライセンスをお持ちではない方 20,600円	
ドライビングチャレンジツアー参加経験者割引プラン 19,600円		ドライビングチャレンジツアー参加経験者割引プラン 19,600円	
ライセンスパック(レーシングコース) 55,000円		ライセンスパック(レーシングコース) 53,000円	
ライセンスパック(ショートサーキット) 33,400円		ライセンスパック(ショートサーキット) 31,400円	
【オプション】ご希望の方は希望箇所に"○"もしくは人数を、ご記入下さい			税込
同伴者 食事希望 1,080円※お一人様		ヘルメットレンタル 2,000円※数に限りがございます	

## サーキット走行に関する誓約書

富士スピードウェイ株式会社 御中

誓約事項

私は、コース走行及び同乗走行において要求される標準能力を持っており、走行車両について、コース、又はスピードに對し適格であり、かつ走行可能であり、諸規則及び係員の指示を遵守することを誓います。

コース走行にあたり、関連して起こった死亡、負傷、物損、その他の事故で、私自身及び私の指名した運転手、同乗者、ピット要員の受けた損害について、決して富士スピードウェイ株式会社ならびにその従業員、雇員、及び他の走行者などに対して、非難したり、責任を追及したり、損害賠償を請求しないことを誓います。

なお、私及び私の指名した運転者、同乗者、ピット要員の過失により、富士スピードウェイ株式会社の施設、設備、車両、備品等に損害を与えたときは、その損害について弁済致します。

上記内容は、ライセンスの更新にあたっては変わりありません。又、誓約事項に反した場合や、富士スピードウェイの判断により当該会員に相応しくない行為があったと認められた場合にはライセンスを剥奪されても異議はありません。またいかなる理由があっても参加料金・ライセンス料金返済の請求は致しません。

富士スピードウェイの各種コース及び場内施設を利用している様子を、撮影・録音・録画等をした素材及び当該素材を編集・加工したものを富士スピードウェイの宣伝目的で利用することを認め、これに対して何らの意義を申し立てません。

以上

※本人が20歳未満の場合は、保護者または親権者の本誓約についての署名が必要となります。
※また、保護者、親権者署名につきましては必ず当社より署名に関してお電話等による御本人様確認を行っております。

健康管理事項

次の事項は、富士スピードウェイコースにおいてコース走行に参加する運転者の健康管理について富士スピードウェイ側が要求する最小限度のものであります。

① 対光反応は正常であり、現在眼圧上昇を伴う疾患、視野、狭窄、調節、障害のないこと。

② 慢性疾患を有しないこと。(以下下記のもの)  
高血圧症、低血圧症、腎臓病、心臓病(先天性心疾患を含む)  
糖尿病(膵臓疾患)、末梢閉塞性動脈疾患、下肢静脈疾患、  
気管支喘息頭部外傷後遺症。

③ 自動車運転に支障ある肢体不自由の箇所のないこと。

④ 精神病、てんかん、麻薬中毒、アルコール中毒の既往及び現に罹患していないこと。

(注)上記事項については少なくとも年に1回医師の診断を受け、各目の健康管理に充分留意して下さい。

以上

御注意(上記をよく読んでから、署名捺印して下さい。)

本人署名		印
保護者(親権者)署名		印

## お 客 様 へ

当社ではお客様の個人情報(お名前、メールアドレス、お電話番号、ご住所など)の保護に最大限の注意を払い、厳しく管理しております。

当社が得た個人情報は、以下の場合を除き本人の同意なしで第三者へ開示することはありません。

●官公庁等の公的機関から法的に定める権限に基づき開示を求められた場合。

●当社および他のお客様の権利、利益、名誉、信用等を保護する為に必要であると当社が判断した場合。

●情報分析などを委託する目的で、機密保持契約を締結した企業に情報を提供する場合。

FAX 申込 : 0550-78-1900