

＊ ＊ 2015 飯豊連峰山形県側山開き ＊ ＊

- ◆期 日 平成27年7月4日（土）～ 7月5日（日）
- ◆会 場 小国町『飯豊山荘』 090-5234-5002（携帯電話）
- ◆参加料 10,000円（高校生以上）1泊3食
8,000円（小・中学生）1泊3食（保護者同伴とする）
- ◆申込方法 ①参加申込書に必要事項を記入の上、小国町産業振興課または飯豊町商工観光課に申し込んでください。（FAX等で申込の方は、後日押印した申込書を送付ください。）
②申込書受け取り後に事務局から参加料の振込先について、電子メール又はFAX、郵送にてお知らせしますので、速やかに指定の振込先に参加料を納入ください。
※ 参加料納入の確認をもって正式に申し込み完了となります。
※ 申し込み完了後は、準備の都合上参加費をお返しできません。
- ◆定 員 60名 ※ 定員になり次第締め切ります。
（Aコース20名・Bコース30名・Cコース10名程度を予定しています。）
- ◆締め切り 平成27年6月22日（月）
- ◆装 備 品 登山靴、水筒、雨具（カッパ）、行動食、ヘッドランプ、その他
※ 7月4日に体調などをチェックさせていただいたうえ、別コースに変更していただく場合があります。

◆日 程 表

第1日目 7月4日（土）	第2日目 7月5日（日）
16:00 飯豊山荘集合 受 付	Aコース（梶川コース：上級者向け） 飯豊山荘（4:30 出発）～湯沢峰～滝見場～梶川峰～扇の地紙～
16:30 山開き式典	門内岳～扇の地紙～梶川峰～湯沢峰～飯豊山荘（16:00 頃到着予定）
17:30 班別ミーティング	Bコース（石転び沢出合コース：中級者向け） 飯豊山荘（5:30 出発）～石転び沢出合～飯豊山荘（14:30 頃到着予定）
18:00 懇親会	Cコース（倉手山コース：初級者向け） 飯豊山荘（7:00 出発）～倉手山～飯豊山荘（14:30 頃到着予定）
21:00 就寝	

- ※ 当日は小国駅～飯豊山荘間の町営バスが運行しています。（料金：大人700円、小人350円）
小国駅 14:23 発→飯豊山荘 15:33 着、飯豊山荘 15:35 発→小国駅 16:29 着
- ※ 悪天候等により中止又は、途中から引き返す事もあります。
- ※ 途中で病人等が出た時には計画を変更します。
- ※ 申し込み状況によりコースを変更する場合があります。

◆申し込み・お問い合わせ先

小国町役場 産業振興課 商工観光室

〒999-1363

小国町大字小国小坂町 2-70

TEL 0238-62-2416

FAX 0238-62-5464

E-mail sangyo@town.oguni.yamagata.jp

飯豊町役場 商工観光課 観光交流室

〒999-0696

飯豊町大字椿 2888

TEL 0238-87-0523

FAX 0238-72-3827

E-mail i-shokan@town.iide.yamagata.jp

2015 飯豊連峰山形県側山開き 申込書

◆ 各項目記入漏れのないようにお願いします。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	血液型
氏名			T・S・H 年 月 日 (満 歳)	+- 型
住所・電話番号	〒			
◎振込先等のご連絡方法をご指定ください。 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送	ご本人	自宅電話 TEL - - ※FAX FAX - - 携帯電話(日中)連絡先 TEL - - ※E-mail _____		
	ご家族等	↳ 非常時連絡先(続柄:) TEL - -		
※の箇所については、連絡方法の指定など必要に応じてご記入ください。				
希望コース	Aコース ・ Bコース ・ Cコース ※○で囲んでください			
職業				
健康状態	1 特に心配はない。健康である。 2 心配なことがある。 ()			
会場までの交通手段	1 マイカー 2 小国駅よりバス ※小国駅までの交通手段を記載して下さい。 上越新幹線・山形新幹線・その他 ()			
※班別行動になりますので、一緒に希望する方がいる場合は名前を書いてください				

※記入いただいた個人情報については、山開き参加手続以外の目的では利用いたしません。

参加同意書

私は2015年飯豊連峰山形県側山開きに参加するにあたり、次のことに同意いたします。

- 1 リーダーの指示に従います。
- 2 登山やコースが有する危険性を承知したうえで申し込みます。
- 3 自分自身の責任において参加するものであり、開催中に事故があった場合、いかなる責任も主催者並びに後援団体等に対し、損害賠償を請求いたしません。
- 4 医療機関による加療が必要と認められる場合、適切な加療を受けることに同意いたします。

平成27年 月 日

氏名

印