

日本乗馬少年団連盟中級講習会兼技能認定試験実施要項

1. 開催期間

令和7年8月20日(水)～8月21日(木)

2. 開催場所

JRA 馬事公苑

〒158-0098 東京都世田谷区上用賀 2-1-1

3. 主催

日本乗馬少年団連盟

4. 参加資格

- (1) 日本乗馬少年団連盟に加盟する乗馬スポーツ少年団の団員であり、令和7年度に満12歳以上であること。
- (2) 乗馬歴2年以上の者。
- (3) 本連盟技能認定(初級)を取得している者
- (4) 障害飛越練習並びに障害経路練習を経験している者
(危険予防の観点から、90cmの高さをクリアできる者)
- (5) 厩舎作業・馬装・手入れが1人で出来る者
- (6) 何らかの傷害保険に加入していること。
- (7) 保護者の参加承諾のある者

5. 参加人数

10名程度

6. 参加申込

所定の参加申込書により、保護者の承諾書を添えて令和7年8月9日(土)までに、メールもしくは郵送、FAXにて申し込みをする。

〒104-0033 東京都中央区新川 2-6-16 馬事畜産会館 4F

日本乗馬少年団連盟 事務局

FAX : 03-3297-5612

Mail: japanjuniorequestrian@gmail.com

7. 参加料金

一人	<u>12,000円</u>
----	----------------

認定料 5,000円を含む

宿泊 JRA 馬事公苑内休憩施設 リネン代

食事 8/20 夕 8/21 朝・昼 (お弁当を用意する。)

振込先 (参加決定通知後、参加前日までに入金すること。)

銀行名 三井住友銀行 神田支店

普通預金 1260799

口座名義 日本乗馬少年団連盟 木村スガ子

8. 集合場所

JRA 馬事公苑 インドア1階研修室

9. 集合時間

令和7年8月20日(水) 15時00分

10. 講習会内容

- (1) 厩舎作業実習、コース設営
- (2) 馬装、馬手入れ。馬具手入れ
- (3) 講義 ※実技での講習はありません。
 - ① コース設営について
 - ② 障害飛越姿勢について
 - ③ 障害への誘導について

11. 技能認定試験

日本乗馬少年団連盟技能認定規程による中級技能認定試験を行う。

12. 馬 匹

貸与馬

13. 宿 泊

JRA 馬事公苑 オペレーションセンター3階 (1部屋2名)

14. 事故について

不慮の事故については、応急処置はするが、その責任は負わない。

15. 個人負担及び助成

- (1) 交通費 参加者全員個人負担とする。
- (2) 昼食・その他経費は、少年団連盟が負担する。

16. 傷害保険

研修参加者は、スポーツ安全協会傷害保険等の傷害保険に必ず加入していること。

17. その他

- (1) この要項に関わらず馬事公苑の注意事項を厳守のこと。
- (2) 試験時の服装は、練習時の服で良いが、襟のあるポロシャツ等を着用すること。
- (3) 安全ベストを着用すること。
- (4) 携行品
 - ①健康保険証
 - ②乗馬用品(ヘルメット、長靴、鞭、拍車等)
 - ③厩舎作業のできる服装
 - ④筆記用具
 - ⑤洗面用品(タオル、シャンプー等の備え付けはない)
 - ⑥その他、研修・宿泊に必要なもの(スリッパなど上履き)
- (5) 本件につき、直接馬事公苑への問合せをしないこと。

18. 解散日時

令和7年8月21日(木) 12時頃(予定)

令和 7 年 月 日

日本乗馬少年団連盟

会 長 木村 スガ子 殿

少 年 団 名

責任者 氏名

印

日本乗馬少年団連盟中級講習会兼技能認定試験参加申請書

標記講習会兼技能認定試験に、当乗馬スポーツ少年団から下記の者を参加させたく、保護者の承諾書を添えて申請します。

記

1 参加申込者名簿

優先 順位	氏 名	生年月日	性 別	学 年	初級取得 年 月 日	携帯電話 (本人)
1						
2						
3						

(注) 初級取得年月日は、日本乗馬少年団連盟の初級資格取得日を記入ください。

2. ご担当者連絡先電話番号

3. ご担当者メールアドレス

4. 傷害保険加入会社名

令和7年 月 日

日本乗馬少年団連盟

会 長 木村 スガ子 殿

所属少年団名

参加者 氏名

保護者 氏名

印

緊急連絡先

承 諾 書

令和 7 年 8 月 20 日から 21 日まで JRA 馬事公苑において開催される日本乗馬少年団連盟主催の中級研修会兼技能認定試験に上記の者が参加することを保護者として承諾いたします。

なお、この研修会兼認定試験期間中における事故については、当方がすべての責任を負い、貴連盟及び日本中央競馬会には一切ご迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

また、上記の者について、下記のとおり申告します。

記

既往症 無

有 (病名)

アレルギー 無

有 ()