

第29回加古川マラソン大会 メディカルランナー登録票

○必要事項を記入の上、郵送・FAX・メールのいずれかの方法により下記事務局まで送付ください。

◆参加者基本情報

氏名(漢字)	
氏名(フリガナ)	
性別	男 女
住所	〒 ー
生年月日	年 月 日
電話番号(自宅)	ー ー
電話番号(携帯)	ー ー

◆大会エントリー内容

参加部門 (フルマラソン)	登録男子 登録女子 一般男子 一般女子
申込方法	・インターネット(RUNET)による申込 ・専用振替払込用紙による申込
エントリー完了	はい いいえ

※エントリー手続きは、参加料の入金をもって完了となります。完了されていないとメディカルランナーとして登録できません。

◆メディカルランナー情報

保有資格	医師 看護師 救急救命士 その他()
免許登録番号	第 号
免許登録日	年 月 日
所属(病院名等)	
備考	※他大会での救護活動参加の実績や経験がございましたら、ご記入ください。

○申込先 加古川市役所 ウェルネス推進課内 加古川マラソン大会実行委員会事務局
〒675-8501 加古川市加古川町北在家2000
TEL: 079-427-9180(直通) FAX: 079-424-1373
E-mail: well@city.kakogawa.lg.jp