○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 | 〒　　　　－　　　　 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号（自宅） | －　　　　　　　　－ |
| 電話番号（携帯） | －　　　　　　　　－ |

◆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 |
| 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　〒675-8501　加古川市加古川町北在家2000

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

TEL：079-427-9180(直通)　FAX：079-424-1373

 E-mail：well@city.kakogawa.lg.jp