

第 44 回 寺泊シーサイドマラソン メディカルランナー申込用紙

承諾書(必ずお読みください)

私は、第 44 回寺泊シーサイドマラソン大会において、メディカルランナーとして参加し、医療・救護を必要とするランナー発見時に、一時競技を中断し、救護活動を行います。その際に、大会要項、競技規則、メディカルランナー募集要項の注意事項に従い、自身の競技結果には異議を唱えません。

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (大会当日 満 才)
ご住所	〒 ー 都 道 府 県		
連絡先	() ー		
資格	医師・看護師・救急救命士	目標タイム	時間 分 秒
登録番号(医籍番号)もしくは勤務先			
当日緊急連絡先	携帯	名前(続柄)	()
誓約書	上記の承諾書に同意し、エントリーすることを誓います。 令和 年 月 日 自署(サイン) (印)		

メール・郵送・FAXのいずれかの方法でお申し込みください。

◆申込み先◆ 寺泊シーサイドマラソン実行委員会事務局

〒 940-2592 新潟県長岡市寺泊烏帽子平 1977-8(長岡市寺泊支所地域振興・市民生活課内)
 (TEL) 0258-75-3111 (FAX) 0258-75-2238
 (メール) tr-chiiki@city.nagaoka.lg.jp