

新潟 ハーフマラソン 2018

NIIGATA HALF MARATHON

メディカルランナー 出場申込書

■全ての項目にご記入ください。

フリガナ				性別	生年月日 (西暦)	年	月	日
エントリー者氏名				男・女		(大会当日 満 歳)		
医師／看護師／救急救命士 登録番号(医籍番号)もしくは勤務先								
登録陸協名 ※陸連登録者のみ記入				陸連登録番号 ※陸連登録者のみ記入				
所属名 ※陸連登録者のみ記入				目標タイム	時間	分	秒	
エントリー者 連絡先及び送付先	〒							
	TEL				FAX			
	携帯				Mail			
当日緊急連絡先 (エントリー者以外)	携帯				続柄			
交通手段 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 飛行機 <input type="checkbox"/> シャトルバス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他							

誓約書	<p>私は医師・看護師・救急救命士のいずれかで、且つ競技中に医療・救護を必要とするランナーを発見した場合、一時競技を中断して救護活動を行うことに同意します。また、本大会申込規約に同意し、エントリーすることを誓います。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>自署(サイン)</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
-----	--