

# 新潟 ハーフマラソン 2019

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		
当日駐車場有無	必要 ・ 不要				
交通手段 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> タクシー	<input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 飛行機 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> シャトルバス

誓約書	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。			
	平成	年	月	日
	自署(サイン)			
	印			