

新潟 ハーフマラソン 2020

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		年 月 日
エントリー者氏名		男・女	生年月日 (西暦)	(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		氏名へボン式表記 ※陸連登録者のみ記入		
当日駐車場有無 (別途1,000円)	必要 ・ 不要	目標タイム	時間	分 秒
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			
オリジナルTシャツ購入 過去大会参加者 2,500円 本大会初参加者 3,500円	<input type="checkbox"/> タイプA <input type="checkbox"/> タイプB <input type="checkbox"/> タイプC <input type="checkbox"/> 購入しない	Tシャツサイズ	SS / S / M / L / LL	
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	

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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>自署(サイン)</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
-----	--

申込先 (FAXもしくはメール)	株式会社新潟アルビレックスランニングクラブ E-mail info@albirex-rc.com FAX 025-201-7656
---------------------	---