第7回 JAL 向津具ダブルマラソン　メディカルランナー申込書

　私は、第7回 JAL 向津具ダブルマラソンにおいて、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、スタッフを発見した際は、一時競技を中断し救護活動を行います。

　その際は、大会開催要項、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、自身の競技結果に異議を唱えません。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 携帯電話番号 |  |
| 緊急連絡先 | （必ずご本人以外の連絡先を記載） | 氏名 |  |
| E-mail |  |
| Tシャツサイズ | SS　・　S　・　M　・　L　・　LL |
| 出場種目 | ダブルフル　・　シングルフル　・　棚田ウォーク |
| 自己申告タイム | 時間　　　　　分 |
| 資　　格 | 医師　・　看護師　・　救急救命士 |
| 所属（病院名等） |  | 電話番号 |  |
| 大会プログラムへの所属先・氏名の記載 | 希望する　・　希望しない |
| 備　　　考 | ※他大会での活動実績や特記事項等 |

**※医師・看護師・救急救命士の免許状の写しを添えてお申込み下さい。**

申込期間　令和4年12月21日（水）～令和5年2月28日（火）必着

申込先　〒759-4192

　　　　　山口県長門市東深川1339番地2

　　　　　JAL 向津具ダブルマラソン実行委員会事務局

　　　　　 (長門市役所経済観光部観光政策課内）

　　　　　TEL:0837-23-1295　　FAX:0837-22-6487

　　　　　E-mail：kanko.s@city.nagato.lg.jp