

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