



第 34 回燕さくらマラソン大会

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 (大会当日 満 歳)
エントリー者氏名		男・女		
住 所	〒			
連絡先	TEL		所属	
	mail			
医師／看護師／救命救急士 登録番号（医籍番号）もしくは勤務先				
参加種目 ※種目一覧の番号を記入 ※メディカルランナーは ハーフのみの申し込み		ブロック申告	A・B・C・D	
駐車券（無料） どちらかに○	いる ・ いない	燕三条駅からの シャトルバス（無料） 希望箇所に○	利用する (①8:10、②8:55) 利用しない	

誓約書	私は、医師・看護師・救命救急士のいずれかで、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。 令和 年 月 日 自署（サイン） ㊟
-----	--