**第35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） | |
| 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 | | Ｓ・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ | | |
| 駐車券（無料）  どちらかに○ | いる　・　いらない | 燕三条駅からの  ｼｬﾄﾙﾊﾞｽ（無料）  希望箇所に○ | | 利用する  （①7：25、②8：15  ③8：55 ） | | |
| 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） |