

(別紙)

加賀温泉郷寛平ナイトマラソン2024 メディカルランナー登録票

○必要事項を記入の上、下記のEメールアドレス宛に事務局まで送付ください。

◆参加者基本情報

氏名(フリガナ)	
氏名(漢字)	
住所	〒 —
生年月日	年 月 日
電話番号(自宅)	— —
電話番号(携帯)	— —
メールアドレス	
保有資格	医師 看護師 救急救命士 その他()
所属(病院名等)	
備考	※他大会での救護活動参加の実績や経験がございましたら、ご記入ください。

◆承諾書

私は加賀温泉郷寛平ナイトマラソン2024」にメディカルランナーとして参加し、救護を必要とするランナーを発見した際は、競技を一時中断し、救護活動を行います。その際、大会要項、競技規則及び注意事項に従い、自身の競技結果に異議を唱えません。	同意します ・ 同意しません
---	----------------

◆特典

加賀温泉郷寛平ナイトマラソン オリジナルTシャツ	希望サイズ XS ・ S ・ M ・ L ・ XL ・ 3L
	希望色 蛍光イエロー・蛍光オレンジ・ターコイズ・ホワイト

○申込先

加賀温泉郷マラソン組織委員会事務局 (加賀市教育委員会事務局 スポーツ課内)
石川県加賀市大聖寺南町ニ 41 番地 (加賀市市民会館1階)
受付時間 8:30~17:00 (土日祝を除く)
TEL 0761-72-7922 FAX 0761-73-4824
E-mail marason@city.kaga.lg.jp