

ふくしまシティハーフマラソン2024 メディカルランナー登録票

○必要事項を記入の上、メール・郵送・FAXのいずれかの方法により下記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。

◆大会エントリー内容

参加種目	ハーフ男子 ・ ハーフ女子 ・ 10km男子 ・ 10km女子		
エントリー完了	はい ・ いいえ	駐車券	希望する ・ 希望しない

※エントリー手続きは、参加料の入金をもって完了となります。

◆承諾書

私は「ふくしまシティハーフマラソン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
--	----------------

○申込先

〒960-8021 福島市霞町4-45NCV ふくしまアリーナ(福島市体育館・武道場)内
ふくしまシティハーフマラソン実行委員会事務局
TEL024-503-4325 FAX024-535-4107 E-mail f-marathon@sportspc.jp