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