（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 |

○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