2019 長崎 ベイサイド

マラソン&ウオーク

2019 NAGASAKI BAYSIDE MARATHON & WALK

メディカルランナー参加申込書

●メディカルランナー募集要項をご確認の上、下記内容をご記入ください。

参加種目に〇をしてください	11月17日（日）	ハーフマラソン ・ 10kmマラソン

申込者	氏名	フリガナ	性別	生年月日
			男 ・ 女	昭・平 年 月 日
	住所	〒 ー		目標タイム（例：2時間15分）
	連絡先	自宅電話番号 （ ） ー	FAX番号 （ ） ー	
		携帯（緊急）電話番号 （ ） ー	E－mailアドレス	
	所持する資格	□ 医師 □ 看護師 □ 救急救命士 ※該当する資格の免許の写し（カメラで撮影したものでも可）を添付すること		
	勤務先	〒 ー 電話番号 （ ） ー		
	過去にベイサイドマラソンにランナーとして参加いただいたことがある	□参加した	参加経験がある場合、該当大会をチェックしてください	
		□参加していない	□2018 □2017 □2016 □2015 □2014より以前	

個人情報の取り扱い	・主催者は、個人情報の重要性を認識し、個人情報の保護に関する法律及び関連法令を遵守し、個人情報を取り扱います。 ・主催者は、メディカルランナー参加者へのサービス向上を目的として、関連情報の通知、アンケート、次回大会の案内などをお送りすることがあります。 ・活動中の映像・写真・記事・氏名・住所等のテレビ・新聞・雑誌・インターネット・パンフレット等への掲載権と肖像権は主催者及び長崎平和マラソン実行委員会に属します。

誓約書	私は、2019長崎ベイサイドマラソン大会において、メディカルランナーとして参加し、医療・救護を必要とするランナー発見時に、一時競技を中断し、救護活動を行います。その際に、大会要項、競技規則、メディカルランナー募集要項及び個人情報の取り扱いに同意し、大会当日メディカルランナーとして従事することを誓います。 令和 年 月 日 自署（サイン） ㊞

【提出先】〒850－0874 長崎市魚の町5番1号 長崎ベイサイドマラソン実行委員会事務局

※提出にあたっては、参加申込書に該当する資格の免許の写し（カメラで撮影したものでも可）を添付すること