

さが桜マラソン 2024 メディカルランナー申込項目

【項目】(*必須)

メールアドレス*

資格*

- ・医師
- ・看護師
- ・救急救命士(県外在住者のみ)

氏名*

氏名(フリガナ)*

生年月日*

年齢(2024年3月24日時点)

性別*

- ・男
- ・女

自宅等住所(郵便番号)*

自宅等住所(所在地)※建物名、部屋番号まで正確に記入して下さい*

勤務先等住所(郵便番号)※資料等送付先を勤務先にする場合は記入してください

勤務先等住所(所在地)※資料等送付先を勤務先にする場合は記入してください

勤務先等医療機関名*

資料等送付希望先*

- ・自宅等住所
- ・勤務先等住所

○日中連絡先(携帯電話推奨)*

○緊急連絡先・氏名 ※ご本人以外で大会当日に連絡可能なご家族等*

○緊急連絡先・電話番号 ※ご本人以外で大会当日に連絡可能なご家族等*

○T シャツサイズ ※一般ランナーの募集要項参照*

・男 S

・男 M

・男 L

・男 XL

・女 S

・女 M

・女 L

・女 XL

○メディカルランナー経験の有無*

・有

・無

○メディカルランナー参加年 ※経験有の方のみ回答(複数選択可)

○フルマソン:完走予想タイム(現在の走力)*

○フルマソン:完走ベストタイム(過去 3 年間)

○取材協力について*

※新聞、ラジオ等の取材について協力をお願いする場合があります

・可能

・不可能

○さが桜マソン 2024「申込規約」について*

※大会ホームページ又はランナー募集要項に記載の「申込規約」を参照

○メディカルランナーの「留意事項等」について ※募集案内に記載*

○「個人情報の取扱について」に同意する*

【個人情報の取扱について】

- ・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係法令を遵守し、個人情報を取り扱います。
- ・大会における活動を円滑に行うことを目的とし、次の件に関して個人情報を利用することがあります（活動内容の連絡、関連資料発送、傷害保険への加入など）。
- ・主催者から申込内容についての確認や連絡をさせていただくことがあります。