

さが桜マラソン2026 メディカルランナー申込項目

【項目】（*必須）

○資格*

- ・医師
- ・看護師
- ・救急救命士（佐賀県外勤務者のみ）

○勤務先等医療機関名*

○氏名*

○氏名（フリガナ）*

○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ください*

○メールアドレス*

○性別*

- ・男
- ・女

○生年月日*

○年齢（2026 年3 月22 日時点）

○日中連絡先（携帯電話推奨）*

○資料等送付先*

- ・自宅等住所
- ・勤務先等住所

○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

○勤務先電話番号（連絡先）※資料等送付先を勤務先にする場合は記入してください

○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*

OT シャツサイズ（2026大会からサイズを男女統一しています）＊

- ・XS
- ・S
- ・M
- ・L
- ・XL

サイズ	XS	S	M	L	XL
身長(cm)	155～165	160～170	165～175	170～180	175～185
胸囲(cm)	78～84	95～103	101～109	105～113	111～119

○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）

- ・2013大会 ・2014大会 ・2015大会 ・2016大会 ・2017大会 ・2018大会
- ・2019大会 ・2023大会 ・2024大会 ・2025大会 ・さが桜マラソン以外の大会

○フルマラソン：完走予想タイム（現在の走力）＊

○フルマラソン：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

○さが桜マラソン2026「申込規約」に同意する＊

※大会公式サイト（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」に同意する ※募集案内に記載＊

○「個人情報の取扱いについて」に同意する＊

【個人情報の取扱いについて】

・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。
・大会参加者のサービス向上を目的とし、次の件に関して個人情報を利用することがあります。

- ・参加案内
- ・記録通知
- ・関連情報の通知
- ・次回大会の案内
- ・大会協賛・協力・関係 各団体からのサービスの提供
- ・記録発表（ランキング等）
- ・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。