

さが桜マラソン2027 メディカルランナー質問項目

【項目】（*必須）

○エントリーについて（資格確認）*

○勤務先等医療（所属）機関名*

○メディカルランナー経験の有無*

○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）

○参加賞について（2027大会より選択制へ変更）*
※詳細やイメージはランナー募集要項をご覧ください

○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）

○日中連絡先（携帯電話推奨）*

○連絡先メールアドレス*

○緊急連絡先（氏名・電話番号） ※ご本人以外で大会当日に連絡可能なご家族等*

○アスリートビブス・救護資料等の事前発送について*

○アスリートビブス・救護資料等の送付先*

○送付先郵便番号・住所・連絡先電話番号
※RUNNETに登録している住所以外送付の方は必須

○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

○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*