



安曇野市制施行15周年記念

第6回信州安曇野ハーフマラソン

メディカルランナー(ボランティア)登録票

FAX送信票 0263-72-1340

信州安曇野ハーフマラソン実行委員会事務局 行

メディカルランナーに下記のとおり登録します。

年 月 日

お名前	フリガナ	性別
		男・女
生年月日・年齢	昭和・平成	年 月 日 歳
ご住所	〒 —	
職業等 (該当する番号に○印)	1. 医師 () ※専門科をご記入ください 2. 看護師 3. 保健師 4. 救急救命士 5. その他 (下記の具体的にご記入ください) []	
勤務先 (名称)		
携帯電話番号	— —	
E-Mail アドレス		
備考	特記事項がございましたらご記入ください。	