

## メディカルランナー 登録票

### 承諾書（必ずお読みください）

私は、第 24 回四万十川ウルトラマラソン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を発見した場合は、一時競技を中断し救護活動を行います。

その際、大会開催要項、競技規則及びメディカルランナー募集要項の注意事項に従い、自身の競技結果に異議を唱えません。

ふりがな		生 年 月 日
お 名 前		年 月 日
ご 住 所	〒 -	
連絡先	( ) - -	
お持ちの資格 <small>該当するものに○をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士	
確 認 欄	出場種目（左欄に○をつけてください。）	
		100km
		60km

● FAX 送付先

四万十川ウルトラマラソン 大阪事務局 FAX : 06-6305-6344