

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30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事務局 FAX : 089-986-8137