**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22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 | （　　　　　　）　　　－　　　　　　　－ |
| お持ちの資格該当するものに○をつけてください。 | （　　　　）医師 |
| （　　　　）看護師 |
| （　　　　）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