**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