熊本県看護協会宛

　　FAX.096-369-3204

「熊本城マラソン2020」メディカルランナー申込書

　　　　　　　申込日：令和元年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 所属施設 |  | |
| 会員番号 | 会員番号（　　　　　　　　　　　）　・　非会員 | |
| 職種 （該当に○印） | 保健師　　　助産師　　　看護師 | |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線　　　　　　　　） | |
| 携帯電話番号 |  | |
| PCメールアドレス | 走行決定者には、後日「熊本城マラソン事務局」への申込書を送信いたします。 | |
| マラソン経験年数 |  | |
| 参考タイム | 時間　　　　　分 | |
| 希望走行距離 | フルマラソン | |
| 約20ｋｍ | * ＡＢエリア   スタート～アクアドーム（待機）～フィニッシュ   * ＣＤエリア   アクアドーム～川尻～飽田～新港線～アクアドーム |
| 予定交通手段 | バス　・　市電　・　自家用車　・　送迎　・　自転車　・バイク | |

※申込書が不足する場合は、コピーをしてご使用ください

締切日：令和元年10月7日（月）