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）