

FAX 025-224-6165

歩いて学ぶ糖尿病ウォークラリー申込書

申込締切：平成27年9月4日（金）

お申込みはFAXもしくは、郵送にてお申込みをしてください。

- ・参加にあたっては各自が主治医に相談し、必ず了解を得てください。
また、身体、体力に不安を感じる方は必ず主治医に参加についてご相談ください。
- ・チームで参加される場合は、代表者のみご住所とお電話番号および、かかりつけの病院および主治医名をご記入ください。
ご一緒に参加される方はお名前と性別、年齢をご記入ください。
- ・定員に達した場合のみ、お断りのお電話をさせていただく場合がございます。
- ・ご提供いただきました情報は、ウォークラリー開催目的にのみ使用させていただきます。
(受付および保険加入など)

◎代表者の方

申込年月日 平成27年 月 日

フリガナ				男・女	
お名前					才
ご自宅	〒	-	電話	()	-
			携帯電話	()	-
病院名				主治医	
該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> をチェック(医療者は職種を明記)				長コース(約4km(予定))	
<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係(職種:)				短コース(約2km(予定))	

◎ご一緒に参加される方

フリガナ お名前	該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> をチェック (医療者は職種を明記)	性別	年齢	長コース 約4km(予定) 短コース 約2km(予定)
	<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係 (職種:)	男・女	歳	長コース・短コース
	<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係 (職種:)	男・女	歳	長コース・短コース
	<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係 (職種:)	男・女	歳	長コース・短コース
	<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係 (職種:)	男・女	歳	長コース・短コース
	<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係 (職種:)	男・女	歳	長コース・短コース
	<input type="checkbox"/> 一般参加 <input type="checkbox"/> 医療関係 (職種:)	男・女	歳	長コース・短コース

お問い合わせ先
お申し込み先

公益財団法人 新潟県健康づくり財団
新潟市中央区医学町通2-13
TEL: 025-224-6161 FAX: 025-224-6165