

FAX 025-210-2361

歩いて学ぼう！佐渡糖尿病ウォークラリー2017申込書

申込締切：平成29年6月2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。

【注意事項】

- ・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頂き、各自の責任において健康管理をし、ご参加ください。
- ・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ことがございます。
- ・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）
- ・主催者はウォークラリー中の事故については応急処置以外、一切の責任を負いません。
- ・大会出場中の映像・写真・記事・記録等のテレビ・新聞・雑誌・インターネット等への掲載権は主催者に属します。
（主催者は、個人情報保護法令を厳守して参加者の個人情報を取り扱います。）

◎代表者の方

申込年月日 平成29年 月 日

フリガナ				男・女	
お名前					才
ご自宅	〒	-	電話	()	-
			FAX	()	-
病院名			主治医		<input type="checkbox"/> 上記の【注意事項】を確認いたしました。 (チェックをお願い致します。)

注) 参加受理および中止時の連絡の為、必ず連絡先をご記入ください。

◎ご一緒に参加される方

フリガナ		フリガナ	
お名前	男・女	お名前	男・女
	才		才
フリガナ		フリガナ	
お名前	男・女	お名前	男・女
	才		才
フリガナ		フリガナ	
お名前	男・女	お名前	男・女
	才		才
フリガナ		フリガナ	
お名前	男・女	お名前	男・女
	才		才

【お問い合わせ先・お申し込み先】 以下の番号にお電話ください。

電話番号：0259-63-6345 佐渡総合病院 栄養科 齋藤（さいとう）まで

F A X : 025-210-2361

ノボ ノルディスク ファーマ(株)ウォークラリー係