第7回福井県ダイアベティスウォークラリー大会 申込書

※この申込書は、かかりつけの医療機関にご提出ください。

申込〆切　2026年10月14日（水）

★代表者の方

フリガナ		男・女	才
お名前			
ご住所			
電話番号		□ 下記の注意事項を確認しました。←チェックをお願いします。	
病院名		主治医名	

★ご一緒に参加される方

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

★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いただき、各自の責任において健康管理をし、ご参加ください。
・チームで参加する場合は、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。
・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。
・大会参加中の映像・写真・記事等のテレビ・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。

お問い合わせ先

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社　ウォークラリー事務局

担当：奈良輪（ナラワ）電話番号：０９０－９３３０－２３６８

※医療スタッフの皆様へ　申込書を受け取りましたら、
ある程度集まった段階で弊社担当MRまでご連絡をお願いします。