



おかやまマラソン2019
救護所スタッフ登録申込書(看護師・理学療法士)

提出期限 6月28日(金)

コピー使用可

私は救護所スタッフ募集要項の注意事項等を理解した上で遵守し、「個人情報の取扱いについて」に同意申し込みます。
※募集要項をよくお読みになり、漏れのないよう正確にご記入ください。

氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	西暦	年
			<input type="checkbox"/> 女		月	日
職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士	携帯番号	()	-	※お持ちの方は必ずご記入ください。	
E-mail						
自宅住所等	〒 -					
	TEL () -					
勤務先住所等	〒 -					
	TEL () - 医療機関名：					
医療機関名掲載	マニュアルへの勤務先医療機関名の掲載について ※未記入の場合は掲載可とします。 <input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可					
緊急連絡先	氏名	フリガナ	電話番号	()	-	
		※ご本人様以外で緊急時に連絡がとれる方		※左記の方に連絡がとれる電話番号 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人		
資料等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅住所に同じ <input type="checkbox"/> 勤務先住所に同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 -					
予定交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 家族の送迎 <input type="checkbox"/> 乗合せ(運転手:)					

スタッフウェア キャップの 支給	該当するものに○をしてください。	 
	参加経験 【 はじめて ・ 経験あり 】 ⇒ 参加された大会 【 2015 ・ 2016 ・ 2017 ・ 2018 】	
	スタッフウェア 【 必要 ・ 不要(再利用) 】	
	スタッフキャップ 【 必要 ・ 不要(再利用) 】	

※スタッフウェア・キャップをお持ちの方は、エコロジーの観点から、再利用にご協力願います。

★応募いただいた申込書はお返しできませんので、コピー等を保管してください。