

第19回『視覚障害者健康マラソン東京大会』

ボランティア 参加申込書

平成 年 月 日

ボ ラ ン テ ィ ア	フリガナ	(点訳するので必ずフリガナを振って下さい)			
	名前	大正 昭和 平成		年 月 日生	
		男 女 (歳)			
	住所	〒			
	電話		携帯		
	自宅以外の 連絡先	名称			
電話					
所属クラブ・団体名または 勤務先・通学先など	(プログラムに掲載します)				

ご希望の役割の番号を で囲んで下さい。

第一希望		第二希望	
1	伴走	1	伴走
2	レースパトロール	2	レースパトロール
3	走路観察	3	走路観察
4	運営スタッフ	4	運営スタッフ

大会運営上、ご希望の役割にならない事もありますが、
大会の趣旨をご理解頂きご協力のほどお願い申し上げます。

伴走またはレースパトロールをご希望の方は種目を で囲み、最近の自己タイムを記入して下さい。

種目	自己タイム	伴走経験	身長	伴走者は、視覚障害者のランナーより 5kmで5分程度速いことが理想的 です。 ベストタイムではなく通常 のタイム をご記入願います。
3km	分	あり(回)	cm	
5km	分			
10km	時間 分	なし		
20km	時間 分			

伴走する選手が決まっている場合は下記にご記入下さい。

フリガナ		参加種目		〒
選手の名前		km	選手の住所	
	男 女		電話	

事故・傷病等に関して大会側は応急処置は行いますが、それ以外の責任は負いかねます。
マラソン大会は死亡・障害・損失をもたらす可能性があることを認識してご参加ください。また盗難等に関しても
責任を負いかねますのでご了承下さい。
本大会で撮影した写真及び映像の肖像権は本大会に帰属することをご了承願います。
申込書に記載された個人情報東京視覚障害者ランニングクラブ運営に関する用途に限定して使用します。

					大会本部 使用欄