「なら糖尿病デー 2014 ウォークラリー」参加申込書

必要事項をご記入の上、FAX にてご返送ください。

FAX 番号：(0742) 46 - 6011

申し込み期間：平成 26 年 10 月 1 日～10 月 31 日

※　参加にあたっては各自がかかりつけ医に相談し、了承を得てください。
※　大会規約をよくお読みいただきき、ご同意の上、下記「私は参加規約に同意します（ご本人)」の口にチェックを入れ、お申し込みください。ご家族の方が参加される場合も同様にお願いします。
※　ご提供いただきました情報は、「なら糖尿病デー2014」ウォークラリー開催にのみ使用させていただきます。
※　ご家族と一緒に参加される場合は「ご家族氏名」にもご記入ください。ご家族は 1 人に限定させていただきます。またお子様の参加はご遠慮ください。
※　ご家族の方が日常の体調に支障のある場合、かかりつけ医の許可を得てください。
※　グループで参加したい場合、余白に誰と一緒になりたいか、お書き下さい。

フリガナ ご本人氏名：	年齢 歳	性別：　男　・　女
フリガナ ご家族氏名：	歳	性別：　男　・　女
連絡先住所 〒　　ー 電話番号：（　　）		
医療機関名：	主治医名：	

口 私は参加規約に同意します（ご本人）　　**口 私は参加規約に同意します（ご家族）**

※　チェックがない場合は参加申し込みを受理いたしません。
※　本大会の定員は 30 名となっています。定員数を超えた場合、抽選とさせていただきます。
※　大会参加可能かどうかにつき、応募期間終了後、書面にて連絡させていただきます。

奈良県総合医療センター　リハビリテーション部