

Team Diabetes Japan ご連絡票

日本糖尿病協会 行き 03-3514-1725

第47回タートルマラソン国際大会 2018年10月21日 開催

2018年8月31日までにお申し込み頂けますよう、ご協力お願い致します。

◆患者さん・同行者（患者さん家族）

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|----|--|---------------------------|---|----|-----------------------------|
| フリガナ 氏名 | | 年齢 | 才 | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 携帯電話 | ※当日の緊急連絡先として携帯電話をご記入ください。 | | | FAX | | | |
| Email | | | | | | | |
| TDJ への参加回数 | 1回目 | | ・ | 2回目 | | ・ | 3回目以上（ 回目） |
| 参加種目 | マラソン（ハーフ・10Km・5Km） | | | ウォーキング（10Km・5Km） | | | |
| 病歴 | 糖尿病 1型・2型 | | 治療内容（ ） | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | | かかりつけ医 | | | | |
| 同行者（家族） フリガナ 氏名 | | | | | | | |
| 同行者（家族） 携帯電話 | ※当日の緊急連絡先として携帯電話をご記入ください。 | | | | | | |
| 同行者（家族）参加種目 | マラソン（ハーフ・10Km・5Km） | | | ウォーキング（10Km・5Km） | | 応援 | |
| 懇親会の参加希望 | 本人： 出席 ・ 欠席 | | | 同行者（家族）： 出席 ・ 欠席 | | | |
| | ※出席と連絡された方で、後日キャンセルをされる場合は必ずご一報ください。 場合によってはキャンセル料を頂戴いたしますので、ご了承ください。 ※懇親会は全体終了後、14時頃からスーパー銭湯にて実施予定しております。 ※費用はお風呂、食事、ドリンク代含め¥5,000になります。 | | | | | | |

※参加連絡票をお送り頂いた患者さんへ、後日 病状アンケートにご協力お願いしております。

◆医療従事者・MR・その他

| | | | | | | | |
|------------|---|------|---------------------------|------------------|-------------|--|--|
| フリガナ 氏名 | | 携帯電話 | ※当日の緊急連絡先として携帯電話をご記入ください。 | | | | |
| Email | ※必ずご記入ください。 | | | | | | |
| 所属 | | | | | | | |
| 職種 | 医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・健康運動指導士・MR・その他（ ） | | | | | | |
| 参加種目 | マラソン（ハーフ・10Km・5Km） | | | ウォーキング（10Km・5Km） | | | |
| ※ボランティア | 受付業務・応援 | | 各種目の伴走 | | 救護（医療従事者のみ） | | |
| | | | （招聘状 有 ・ 無） | | | | |
| 懇親会参加希望 | 出席 ・ 欠席 | | | | | | |

※ボランティアにご協力いただける方は○をお付けください。（招聘状ご希望の方も○をお付けください。）