

Team Diabetes Japan ご連絡票

日本糖尿病協会 行き 03-3514-1725

第45回記念大会タートルマラソン国際大会 2016年10月16日 開催

2016年8月31日までにお申込み頂けますよう、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	〒						
電話番号	※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							
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） 電話番号	※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	本人： 出席 ・ 欠席		同行者（家族）： 出席 ・ 欠席				
	※懇親会にご出席される方で、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		電話番号	※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	有 ・ 無						

※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。）