

第27回大阪DMウォークラリー大会 ボランティアスタッフ申込書（医師以外用）

施設名	
職種 (丸をお付けください)	看護師・薬剤師・栄養士・臨床検査技師 理学療法士・その他（ ）
氏名	
連絡先 (各種案内郵送先)	(〒 -) ① 【 病院 ・ 自宅 】 左記いずれかに○をして下さい。 ② 病院の場合、施設名・所属名まで明記してください。 正確に郵便物をお届けするために、ご協力の程よろしく お願い申し上げます。
緊急連絡先 (携帯 or 自宅 TEL)	(非常時等の緊急連絡の為、出来るだけ携帯電話番号をご記入下さい)
病院等へ提出する 趣意書について	【 必要・不要 】 (丸をお付けください) ・ 必要な方は下記ご記入ください 宛先名： _____
医療ボランティア 参加証明書について	【 必要・不要 】 (丸をお付けください)
ボランティア内容に関し、 ご意見があればご記入下さい。	
お弁当について	【 希望する・しない 】 (丸をお付けください) ウォークラリー大会当日、希望された方には事務局にてお弁当をご用意 致します。

- 参加申込・キャンセルの受付期限は、原則、2019年10月11日(金)午後5時 と致します。
当日キャンセルが発生しますと大会運営に支障をきたすため原則不可とします。
やむを得ずキャンセルをされる場合は、速やかに大会事務局までご連絡をお願い致します。
- 役 割 等 に 関 し ま し て は 、 大 会 事 務 局 に 一 任 し て 頂 き ま す 。
- ご提供頂きました情報は、ウォークラリー開催目的にのみ使用させていただきます。
- 楷書体での記載をご協力いただきます様 何卒よろしくお願い申し上げます。