

送付枚数

「第 33 回大阪DMウォークラリー大会」参加申込書

受付番号

(事務局記入欄)

別紙の注意事項をご確認の上、参加者全員の氏名・連絡先等、必要事項をご記入頂き、
下記申込用 FAX 番号へお申込み下さい。

フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	希望コース： A ・ B
連絡先住所：〒 ー		電話番号：	
受診機関名：		主治医名：	
医療従事者の方は職種をご記入ください。		職種【 ー 】	
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	希望コース： A ・ B
連絡先住所：〒 ー		電話番号：	
受診機関名：		主治医名：	
医療従事者の方は職種をご記入ください。		職種【 ー 】	
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	希望コース： A ・ B
連絡先住所：〒 ー		電話番号：	
受診機関名：		主治医名：	
医療従事者の方は職種をご記入ください。		職種【 ー 】	
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	希望コース： A ・ B
連絡先住所：〒 ー		電話番号：	
受診機関名：		主治医名：	
医療従事者の方は職種をご記入ください。		職種【 ー 】	
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	希望コース： A ・ B
連絡先住所：〒 ー		電話番号：	
受診機関名：		主治医名：	
医療従事者の方は職種をご記入ください。		職種【 ー 】	

受付期間 2025 年 8 月 18 日 (月) 午前 9 時～8 月 22 日 (金) 午後 5 時必着

参加申込の合計人数： ー 名

申込用 FAX 番号：(03) 6856-4570

※ ご提供頂きました情報は、大阪DMウォークラリー大会開催にのみ使用させていただきます。

参加規約をよくお読み頂き、ご同意頂ける場合は下記の□にチェックを入れて下さい。

☐ 私たちは参加規約に同意します (チェックがない場合は参加申込みを受理いたしません)

返信可能な FAX 番号 (必ずご記載ください) :

注意事項

FAX 受付期間:2025 年 8 月 18 日 (月) 午前 9 時～8 月 22 日 (金) 午後 5 時必着

申込用 FAX 番号: (03) 6856-4570

※申込受理のおしらせが**返信可能な FAX 番号**に届いていない場合はお手数ですが大会事務局までご連絡をお願い致します。

参加申込書記入上の注意点

- ①大会申込者は主治医の許可を得た上で参加申込みをして下さい。
- ②**返信可能な FAX 番号が記載されていない場合は受理いたしません。**
- ③参加者全員の氏名、連絡先等が明記されていない場合は受理致しません。
個人や少人数での参加も歓迎します。また、**グループ編成は事務局で組ませて頂きます。**
- ④参加申込の合計人数を必ず記載してください。申込書の左上に FAX 枚数を記載してください。
- ⑤医療従事者の方は職種をご記入お願いします。
- ⑥**重複申込みは不可です。**
(例1) 1グループ(Aコース10名、Bコース15名、計25名)で申込まれた場合、
1グループを一つの受付番号とし、当選した場合は25名全員が参加できます。
(例2) 複数のグループ(Aコース10名、Bコース15名)として別々に申し込まれた場合は、
各グループに受付番号をつけるため、当落は別々になります。

受付後のスケジュール

- ①応募者数が定員を超えた場合は抽選を行い、返信可能な FAX 番号へ結果を通知致します。(結果の可否にかかわらず、FAX にて通知致します。)
- ②抽選日: 2025 年 8 月 25 日 (月)

③結果通知日：2025 年 8 月 25 日（月）

（2025 年 8 月 26 日（火）までに FAX 通知がなかった場合はお手数ですが大会事務局までお知らせ頂きます様お願い致します。）

キャンセルについて

①キャンセルのご連絡は

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

「第 33 回大阪 DM ウォークラリー大会事務局」へお願い致します。

TEL：（０６）６３４１－６４０１ / FAX：（０３）６８５６－４５７０

②多数のキャンセルをされた場合は今後の参加をお断りすることがあります。