

「第34回大阪DMウォークラリー大会」参加申込書

別紙の注意事項をご確認の上、参加者全員の氏名等、必要事項をご記入いただき、裏面の参加申込みフォームよりお申込み下さい。

受付期間 2026年 8月17日(月) 午前9時～8月21日(金) 午後5時 必着

◎代表者の方

フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	
連絡先住所：〒 —		電話番号：	
メールアドレス：			
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【 】			

◎ご一緒に参加される方

フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	
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【 】			
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	
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【 】			
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	
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【 】			
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	
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【 】			
フリガナ 氏名	年齢 歳	性別	
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【 】			

※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。

参加申込み

受付期間

2026年8月17日(月)午前9時～8月21日(金)午後5時

参加申込みフォーム（下記リンク先よりお申込みください。）

<https://forms.cloud.microsoft/e/wQFLYQn7Kb>

または右の二次元コードを読み取り必要事項を入力のうえ送信ください。

参加申込みフォーム



※参加申込み方法に関してのお問い合わせは、[【novo_osakawr@tokyotobs.com】](mailto:novo_osakawr@tokyotobs.com)までご連絡ください。

参加申込書記入上の注意

- 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返信可能なメールアドレス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いたしません。
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いただきます。
- ④参加申込の合計人数を必ず記載してください。
- 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。

※本年度はAコース（3 km）のみの開催となります。予めご了承ください。

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、返信可能なメールアドレスへ結果を通知致します。（結果の可否にかかわらずメールにて通知致します。）
- ②抽選日：2026年8月24日（月）
- ③結果通知日：2026年8月24日（月）
（2026年8月24日（月）17時までにメール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34回大阪DMウォークラリー大会事務局」へお願いいたします。
- 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。

「第34回大阪DMウォークラリー大会事務局」
多賀：DKTG@novonordisk.com、小林：HYKB@novonordisk.com