

おおがきマラソン 2024
メディカルボランティア参加申込書

令和6年 月 日

ふりがな		年齢
氏名		歳
住所	(郵便番号・丁目・番地まで正確に書いて下さい。) 〒 — TEL () —	
メールアドレス		
勤務先	〒 — 医療機関名 () TEL () —	
資格	医師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 救急救命士 ・ その他 ()	
その他		

※ご希望の番号をご記入ください。

ボランティア活動希望	
(活動内容) ① モバイルAED： AEDを所持して2人1組（メディカルボランティアと学生ボランティアのペア）でハーフマラソンコースを自転車で行きながら、ランナーの状態を観察し、傷病者の早期発見、初期対応や、重症者の応急対応、一次救命処置などを行っていただきます。 ② 救護所： ハーフマラソンコース内の下記のいずれかの救護所において、傷病者のトリアージの実施、応急処置、緊急時の一次救命処置などを行っていただきます。 ③ どちらの活動内容でも可	

- 大会プログラム等に記載する氏名の漢字は、パソコンで表示可能な漢字や新聞の常用漢字体を使用する場合があります。
- 「勤務先」欄は、大会運営の参考とさせていただくためにご記載いただくもので、公開されるものではありません。
- 申込書の個人情報は、適切に管理し、本事業以外の目的には一切使用しません。