

おおがきマラソン 2025 メディカルボランティア参加申込書

令和7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		

※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組でハーフマラソンコースを自転車で走行しながら、ランナーの状態を観察し、必要に応じて一次救命処置(心肺蘇生やAEDを用いた除細動など)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	

上記の活動希望で②もしくは③を選択した方はご記入ください	勤 務 先	〒 — 医療機関名 ()
	資 格	TEL () — 医師 ・ 看護師 ・ 准看護師

- (1) 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。
- (2) 「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。
- (3) 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。