

佐渡トキマラソン 2024 メディカルランナー登録申込書

フリガナ		電話番号	
氏名		メールアドレス	
住所	〒		
資格	医師 ・ 看護師 ・ 救急救命士	専門科 勤務先	
参加種目	フル ・ ハーフ ・ 10 km		

お申込先

一般財団法人佐渡市スポーツ協会

952-0312

新潟県佐渡市吉岡 1675 佐渡スポーツハウス内

FAX 0259-55-4035 Mail scsf005@scsf.jp