

マラソンフェスティバルナゴヤ・愛知 実行委員会事務局

(愛知県 振興部 スポーツ振興課) 行

FAX 052-951-1005

E-mail sposhin@pref.aichi.lg.jp

名古屋ウィメンズホイールチェアマラソン2017 参加申込書

ふりがな				生 年 月 日
氏 名				西暦 年 月 日 大会当日現在の満年齢 (歳)
所属団体名				
身 長	cm	体重	kg	
住 所 (書類送付先)	〒 -			
連 絡 先	TEL : - -	FAX : - -	E-mail :	
他の連絡先 (勤務地又は 携帯電話)	TEL : - -			
自 己 ベスト記録	<input type="checkbox"/> フル 時間 分 秒 (大会名:) <input type="checkbox"/> ハーフ 時間 分 秒 (大会名:) <input type="checkbox"/> m 分 秒 (大会名:) ※ 経験のある種目に○を付して、それぞれの自己ベスト記録を記載してください。			
今大会 予想タイム	10 km通過予想タイム 分 秒			
当 日 の 車両乗り入れ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ 車両乗り入れは1台までとさせていただきます。 ※ いずれかに○を付してください。			
同 伴 者	<input type="checkbox"/> 有 (人) <input type="checkbox"/> 無 ※ いずれかに○を付してください。			
完走者Tシャツ 希望サイズ	<input type="checkbox"/> L (着丈 59.5 胸囲 96 身長 165) <input type="checkbox"/> M (着丈 57 胸囲 92 身長 160) <input type="checkbox"/> S (着丈 54.5 胸囲 88 身長 155) ※ いずれかに○を付してください。			