

第 50 回記念「2024KOBE 六甲全山縦走・半縦走大会」ボランティア申込 (FAX 用)

フリガナ 名 前	※ 必ず自署してください。		
住 所	〒		
電話番号	(自宅) () -	(昼間連絡先) () -	
メールアドレス			
生年月日	西 暦 年 月 日 (歳)		
当日の役割で 希望するもの	<input type="checkbox"/> チェッカー <input type="checkbox"/> コース誘導 <input type="checkbox"/> パトロール <input type="checkbox"/> 徒歩班		
日赤救護員・救急 救命士の資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月取得)	救急法講習会参加日	<input type="checkbox"/> 9月30日(月) <input type="checkbox"/> 10月1日(火)
医師・看護師の資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月取得)		
本大会での過去の完走回数		ボランティア帽子の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
本大会でのボランティアとしての経験をお尋ねします。			
経験職種	<input type="checkbox"/> チェッカー <input type="checkbox"/> コース誘導 <input type="checkbox"/> パトロール <input type="checkbox"/> 徒歩班 <input type="checkbox"/> 初参加		
参加年度及び配置場所 (初参加の方は記入不要)	年	(場 所)	
	年	(場 所)	
	年	(場 所)	
今回、本大会のボランティアに申し込まれる理由・動機、また、大会運営についてのご意見等をご記入ください。(ボランティア初参加の方は記入してください)			
最近の登山歴、ハイキング歴等があればご記入ください。(ボランティア初参加の方は記入してください)			
本大会以外でのボランティアとしての活動状況・内容をご記入ください。(ボランティア初参加の方は記入してください)			

・記入いただいた個人情報は保険加入・大会運営のために使用します。