

# 京都マラソン2025

## ランナーケアスタッフ・サポートスタッフ申込用紙

◆必要事項をご記入下さい。該当する□にはレ印をご記入下さい。◆

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答なし
氏名			
住所	〒		
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)		
連絡先	平日9～17時までに連絡がつく電話番号をご記入ください		
	TEL		FAX
	メールアドレス		
国家資格	<input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> なし		
所属	<input type="checkbox"/> 京都府師会会員	所属ブロック	
	<input type="checkbox"/> 会員外	所属団体名	
	<input type="checkbox"/> 学生	学校名	
希望業務 (第2希望まで選んでください)			
第1希望	<input type="checkbox"/> 鍼 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 受付・誘導・その他 <input type="checkbox"/> 通訳(中・英)		
第2希望	<input type="checkbox"/> 鍼 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 受付・誘導・その他 <input type="checkbox"/> 通訳(中・英)		
<input type="checkbox"/> 視覚障害をお持ちの先生の手引き(最寄駅～会場)の募集があればお手伝いしたい (こちらは手引きが必要な方の希望が出た時点でご連絡いたします。)			

※ (公社)京都府鍼灸マッサージ師会会員のみ支給いたします ※

みやこめっせへの往復交通費		(市バスを乗り継いで来られる方は 1日乗車券の料金600円を支給いたします)	
公共交通機関名	乗車駅	下車駅	料金
(例)地下鉄	北大路	東山	¥260 × 2 = ¥540
合計金額			¥

**1月31日締切! FAX No.075-821-2390**

**施術スタッフ申込み者は、  
※損害賠償保険加入証も続けて送信願います※**