



ご記入日

2017年4月2日 ローママラソン参加申込書

お客様氏名(ローマ字) 氏 名

国籍

生年月日 西暦 年 月 日

性別 男性 女性

現住所(ローマ字) 郵便番号 都道府県 市

電話番号

Eメール

過去にフルマラソンの経験がない場合 10kmのタイム
 時間 分 (秒)

過去にフルマラソンの経験がない場合 ハーフマラソンのタイム
 時間 分 (秒)

参加されたマラソン大会とベストスコア
 年 月 日
 時間 分 (秒)

IAAF認可のメンバーカード、もしくはランカードの有無 有・無 ※お持ちの方は詳細を記載下さい

過去のローママラソン参加歴 有・無

<ご注意下さい>

ローママラソンへのお申し込みは、本参加申込書、及び医師の診断書の提出をもって完了といたします。
お申し込み後は、登録料の払い戻しは致し兼ねます。
また、プライバシーポリシーについては公式HPをご参照下さいますようお願いいたします。
<https://www.maratonadiroma.it/?a=/rules/>

ご署名欄(ローマ字)