

各位

共催：(社) 日本糖尿病協会  
神奈川県糖尿病協会  
ノボ ノルディスク ファーマ (株)

## 第 15 回ウォークラリー開催のお知らせ

仲夏の候、会員の皆様方におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、毎年恒例となっておりますウォークラリーでございますが、今回は場所を『ズーラシア よこはま動物園』において下記の日程で開催を予定しております。貴患者会においても参加者にお声をかけて頂き、期日までにお申し込み頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

日 時 平成 22 年 9 月 26 日 (日) 10:30~14:30

(但し、雨天の場合は中止といたします)

場 所 『よこはま動物園 ズーラシア』

横浜市旭区上白根町 1175-1 (TEL 045-959-1000)

交 通 ① バス-JR 横浜線 中山駅南口 乗場 1 番よこはま動物園行き 約 15 分  
② バス-相鉄線 鶴ヶ峰駅北口 乗場 9 番よこはま動物園行き 約 15 分  
③ バス-相鉄線 三ツ境駅北口 乗場 2 番よこはま動物園行き 約 15 分  
④ 車 -保土ヶ谷バイパス下川井 I.C より約 5 分 駐車場あり (有料)

集合時間 午前 10 時 30 分 (時間に遅れますと入園料が個人負担になります)

集合場所 入園口前 (入口正面)

※ 当日朝、患者会責任者は参加人数をチェックして下さい。

※ 協会スタッフより参加バッチ、資料等をお受け取り下さい。

※ 当日、受付時にお 1 人保険料金 \200 (障害保険と賠償責任保険) を徴収させていただきます。手続きは協会側で行います。

参加人数 参加人数に制限はありません。 会員以外の方でもふるってご参加下さい。

参加費用 参加費は無料です。但し、現地までの交通費・保険料 \200 は自己負担になります。

昼 食 各自お弁当持参 (水筒、ビニール敷物等用意されると便利です)

引率スタッフ 各患者会責任者

その他 万歩計、カロリーカウンターをお持ちの方はご持参下さい。

注意事項 ※ 参加にあたっては各自、主治医に相談して必ず了解を得て下さい。

(特に心臓疾患を治療中の方はどのくらい歩けるか等)

※ 入園申込みに、大人 (18 歳以上)、中人 (高校生)、小人 (小中校生) の区別が必要なので、必ず年齢を明記の上、お申込み下さい。

※ ご提供頂きました情報は、ウォークラリーの開催目的にのみ使用させていただきます。(受付及び保険加入等)

参加申込締切 所定の用紙に参加者名をご記入のうえ、平成 22 年 9 月 17 日 (金) までに参加申込先 (ノボ ノルディスクファーマ(株)横浜オフィス) に FAX または郵送にてお申し込み下さい。

問合せ先 ○ 神奈川県糖尿病協会 TEL 044-244-9913 (水曜日 10:00-16:00 のみ)

○ ノボ ノルディスク ファーマ (株) 横浜オフィス

TEL 045-474-0361 / FAX 045-474-0347

以上

# 第15回ウォークラリー参加申込書【個人用】

平成22年9月26日（日）よこはま動物園 ズーラシア

参加者氏名				
性別	男	女	年齢	才
ご住所				
お電話番号		担当医		
かかりつけ 病院名				

参加申込先

- ノボ ノルディスク ファーマ（株）横浜オフィス

〒222-0033 横浜市港北区新横浜2-13-13

KM第一ビルディング6F

TEL 045-474-0361

FAX 045-474-0347

※お申し込みは、2010年9月17日(金)までに申込先に必着です。

\* ご提供頂きました情報は、ウォークラリー開催目的のみに使用させていただきます。

(受付及び保険加入・次年度ご案内)

なお、ご提供頂きました情報は、神奈川県糖尿病協会、(社)日本糖尿病協会、

ノボノルディスクファーマ(株)、原一平保険企画(株)

のみの使用とさせていただきます。

## 第15回ウォークラリー参加申込書 【患者会用】

平成22年9月26日（日）よこはま動物園 ズーラシア

病・医院名又は 患者会名称							
責任者氏名							
年齢		才	連絡先(電話番号)				
1	責任者氏名 年齢		才	16	責任者氏名 年齢		才
2	責任者氏名 年齢		才	17	責任者氏名 年齢		才
3	責任者氏名 年齢		才	16	責任者氏名 年齢		才
4	責任者氏名 年齢		才	17	責任者氏名 年齢		才
5	責任者氏名 年齢		才	18	責任者氏名 年齢		才
6	責任者氏名 年齢		才	19	責任者氏名 年齢		才
7	責任者氏名 年齢		才	20	責任者氏名 年齢		才
8	責任者氏名 年齢		才	21	責任者氏名 年齢		才
9	責任者氏名 年齢		才	22	責任者氏名 年齢		才
10	責任者氏名 年齢		才	23	責任者氏名 年齢		才
11	責任者氏名 年齢		才	24	責任者氏名 年齢		才
12	責任者氏名 年齢		才	25	責任者氏名 年齢		才
13	責任者氏名 年齢		才	26	責任者氏名 年齢		才
13	責任者氏名 年齢		才	27	責任者氏名 年齢		才
14	責任者氏名 年齢		才	28	責任者氏名 年齢		才
15	責任者氏名 年齢		才	29	責任者氏名 年齢		才

※29名を超える場合は2枚目をご用意ください

※お申し込みは、患者会毎にまとめて9月17日(金)までに申込先に必着です。

\* ご提供頂きました情報は、ウォークラリー開催目的のみに使用させていただきます。

(受付及び保険加入・次年度ご案内)

なお、ご提供頂きました情報は、神奈川県糖尿病協会、(社)日本糖尿病協会、  
ノボノルディスクファーマ(株)、原一平保険企画(株)  
のみの使用とさせていただきます。