



参加者募集

第25回歩いて学ぶ 糖尿病ウォークラリー in 東京

2024年10月27日(日)

10:00~12:30 (受付時間:9:30~)

江東区 豊洲ふ頭内公園

愛称 豊洲ぐるりパーク

(集合場所:豊洲公園花木とモニュメント広場)



ウォークラリーとは?

数名のグループで参加者の体力に合わせ、コース図にしたがってチェックポイントを探し、クイズを解きながら楽しく歩く競技です。糖尿病のある方とそのご家族、ご友人お誘いの上、皆さんでご参加ください。

過去に行われたウォークラリーの様子は、糖尿病サイト (club-dm.jp) 内「ウォークラリー」ページでご覧になれます。



二次元コードで簡単アクセス



<http://club-dm.jp>

共 催 : JADEC、東京都糖尿病協会、ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

後 援 : 東京都、公益社団法人東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議

参 加 費 : 200円 (傷害保険料として)

募集人数 : 200名 (定員になり次第締切)

(裏面の申込書を用いてWebもしくは、FAXにて事前にお申込みください)

申込締切 : 2024年10月18日(金)

【お問い合わせ先】

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 東京オフィス ウォークラリー事務局 担当: 山田/池田
東京都中央区日本橋本町1-9-13 日本橋本町1丁目ビル8階
TEL 03-6899-2410

第25回歩いて学ぶ 糖尿病ウォークラリー in 東京

参加のしおり

日時：2024年10月27日(日)

場所：江東区 豊洲ふ頭内公園

愛称 豊洲ぐるりパーク

～プログラム～

9:30 集合・受付開始

10:00 開会の挨拶 (東京都糖尿病協会 会長 渥美 義仁 先生)

10:05 青空教室 (東京慈恵会医科大学附属病院 浅野 裕 先生)

10:15 コース説明・準備体操

10:40 スタート(コースは約3km)

12:10 ゴール

12:15 閉会の挨拶 (東京慈恵会医科大学附属病院 西村 理明 先生)

12:30 終了(予定)



【ご参加にあたってのお願い】

- ❖ 必ず、主治医の許可を得て、事前申込を行って下さい。
- ❖ 参加費は1名につき200円です。(保険料として、当日徴収させていただきます)
- ❖ 着替える場所はありませんので、あらかじめ歩きやすい服装でご参加下さい。
- ❖ 有料駐車場や交通費は各自のご負担でお願いします。
- ❖ 飲み物をご持参ください。昼食をとる時間を設けておりません。

【実施の判断基準について】

- 10月26日(土)のNHK 午後6時53分の天気予報で降水確率50%以上の場合は、
中止とさせていただきます。
- ※Webでお申込みかつメールアドレスをご入力いただいた方へは、
中止の場合のみご連絡させていただきます。

ご不明な場合は、事務局まで問い合わせ下さい。

【アクセスマップ】

所在地:豊洲公園

東京都江東区豊洲2-3-6

《最寄り駅》

東京メトロ有楽町線「豊洲駅」7番出口から徒歩3分程度
ゆりかもめ「豊洲駅」1B出口から徒歩2分程度

【集合場所】

豊洲公園花木とモニュメント広場
(ららぽーと 駐輪場 西側)



第25回歩いて学ぶ糖尿病ウォークラリー in 東京

申込締切: 2024年10月18日(金)

お申し込みはWebもしくはFAXにてお申し込みください

申込方法①

【Web】 下記URLもしくはQRコードよりお申込みください

<https://forms.office.com/e/0QNNW9FafM>



申込方法②

【FAX番号】 03-6899-2411 へご送信ください (ウォークラリー事務局 宛)

【注意事項】

- 参加にあたっては各自が主治医に相談し、必ず了解を得てください。
- また、身体、体力に不安を感じる方は必ず主治医に参加についてご相談頂き、各自の責任において健康管理をし、ご参加ください。
- チームで参加される場合は、代表者のみご住所とお電話番号および、かかりつけの病院および主治医名をご記入ください。ご一緒に参加される方はお名前と性別、年齢をご記入ください。
- 定員に達した場合のみ、お断りのお電話をさせていただく場合がございます。
- ご提供いただきました情報は、ウォークラリー開催目的にのみ使用させていただきます。(受付および保険加入など)
- 主催者はウォークラリー中の事故については応急処置以外、一切の責任を負いません。また、参加者がイベント時にコロナに感染をした場合は、主催者が加入済みの保険ではカバーされず、補償の対象にはなりません。
- 大会出場中の映像・写真・記事・記録等のテレビ・新聞・雑誌・インターネット等への掲載権は主催者に属します。(主催者は、個人情報保護法令を厳守して参加者の個人情報を取り扱います。)

◎代表者の方

申込年月日 2024年 月 日

フリガナ				医療従事者の場合	男	
お名前				(職種:)	・女	才
ご自宅	〒	—	電話	()	—	
病院名				主治医	<input type="checkbox"/> 上記の【注意事項】を確認いたしました (チェックをお願い致します)	

◎ご一緒に参加される方

フリガナ		医療従事者の場合	男		フリガナ		医療従事者の場合	男	
お名前		(職種:)	・女	才	お名前		(職種:)	・女	才
フリガナ		医療従事者の場合	男		フリガナ		医療従事者の場合	男	
お名前		(職種:)	・女	才	お名前		(職種:)	・女	才
フリガナ		医療従事者の場合	男		フリガナ		医療従事者の場合	男	
お名前		(職種:)	・女	才	お名前		(職種:)	・女	才
フリガナ		医療従事者の場合	男		フリガナ		医療従事者の場合	男	
お名前		(職種:)	・女	才	お名前		(職種:)	・女	才
フリガナ		医療従事者の場合	男		フリガナ		医療従事者の場合	男	
お名前		(職種:)	・女	才	お名前		(職種:)	・女	才