

チーム名: _____

代表者: _____

リレーウォーク参加者名簿

No	氏名	住所(市町村のみ)	がん経験者(○印)	高校生以下(○印)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※用紙不足の場合はコピーをお願いします。本用紙に記入いただいた個人情報は、本イベントの目的以外には一切使用いたしません。

■ チームをご紹介ください(開会式で紹介します)

--