



第20回

参加者募集

# 小樽ウォークラリー大会 ～歩いて学ぶダイアベティス～

2025年 6月22日(日)

10:00-13:00 (受付開始 9:30)

市立小樽文学館・美術館



## 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。糖尿病のある方とご家族、ご友人お誘いの上、皆様でご参加ください。

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>

持ち物： 昼食、飲み物、雨具

参加費： 200円 (傷害保険料として)

申込締切： 2025年6月18日(水)

(裏面申込書に必要事項記入の上、担当者へお渡しいただくか、FAXもしくは郵送にて必ず事前にお申込みください)

※参加資格 (本年度より下記のかたのみ対象となります)

・小樽市内にお住まいのかた ・小樽市内の医療機関に通院されているかた ・小樽市内の医療機関に従事されているかた

※通院中のかたは必ず主治医の許可を得て参加申し込みをしてください

※駐車場には限りがございます お車でお越しの方は近隣コインパーキング等をご利用ください

※雨天の場合は中止いたしますが、判断が難しい場合はウォークラリー大会事務局までお電話ください

共催： JADEC (日本糖尿病協会)、小樽市医師会、ノボ ノルディスク ファーマ株式会社  
後援： 小樽市

【お問い合わせ先】

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 札幌オフィス ウォークラリー事務局 相沢宏樹  
TEL 090-9330-2010

Driving  
change | in  
diabetes



JADEC

Japan Association for Diabetes Education and Care  
公益社団法人 日本糖尿病協会



# FAX 011-707-2806

## 第20回 小樽ウォークラリー大会

申込締切：2025年6月18日（水）

お申込みはFAXもしくは、郵送にてお申込みをしてください。

### 【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ことがございます。
- 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感染症を患った場合は、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 令和7年 月 日

|      |   |   |     |     |                                                                 |
|------|---|---|-----|-----|-----------------------------------------------------------------|
| フリガナ |   |   |     | 男・女 |                                                                 |
| お名前  |   |   |     |     | 才                                                               |
| ご自宅  | 〒 | — | 電 話 | ( ) | —                                                               |
|      |   |   | FAX | ( ) | —                                                               |
| 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。<br>(チェックをお願い致します。) |

注) 参加受理および中止時の連絡の為、必ず連絡先をご記入ください。

### ◎一緒に参加される方

|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| フリガナ |     | フリガナ |     |
| お名前  | 男・女 | お名前  | 男・女 |
|      | 才   |      | 才   |
| フリガナ |     | フリガナ |     |
| お名前  | 男・女 | お名前  | 男・女 |
|      | 才   |      | 才   |
| フリガナ |     | フリガナ |     |
| お名前  | 男・女 | お名前  | 男・女 |
|      | 才   |      | 才   |
| フリガナ |     | フリガナ |     |
| お名前  | 男・女 | お名前  | 男・女 |
|      | 才   |      | 才   |

### 【お問い合わせ先・お申し込み先】

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 札幌オフィス ウォークラリー事務局  
札幌市北区北7条西5-7-1 第27ビッグ札幌北スカイビル6F  
TEL 090-9330-2010 相沢宏樹