



第27回

神奈川県大会

歩いて学ぶダイアベティスウォークラリー

参加者募集

2025年10月19日(日)

午前10時30分～午後2時30分(受付:午前10時)

よこはま動物園ズーラシア

●雨天の場合は、中止とさせていただきます。

(当日朝6時時点での降水確率が60%以上の場合)

申込締切 : 令和7年10月10日(金)

(裏面の申込書を用いてFAXまたはWebにて、必ず事前にお申し込みください。お申し込みの際は、必ず主治医の許可を得て、参加申し込みをしてください。)

参加費 : 200円

●用意していただくもの

お弁当、飲み物、数物

運動できる服装でご参加ください。ご自身の歩数計・血糖測定器をお持ちの方はウォークラリーの効果が実感できますのでご持参ください



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、ご友人をお誘いの上、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 (日本糖尿病協会)
神奈川県糖尿病協会
日本健康運動指導士会 神奈川県支部

後 援 : 神奈川県
神奈川県医師会
神奈川県内科医学会

【お問い合わせ先】

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 横浜オフィス ウォークラリー事務所
神奈川県横浜市港北区新横浜2-13-13 TPRビル6F
TEL 045-474-0361

第27回 神奈川県大会

歩いて学ぶダイアベティスウォークラリー

申込締切: 2025年10月10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/gLQCScGXUS>



申込方法②

【FAX番号】 045-474-0347 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。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 2025年 月 日

フリガナ			医療従事者の場合	男・女	才
お名前			(職種:)		
ご自宅	〒	—	電話	()	—
病院名			主治医	☐ 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)	

◎一緒に参加される方

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