

第21回石川県 糖尿病ウォークラリー大会

2024年 10月6日(日)

午前10時(受付:午前9時30分開始)～午後2時(予定)

金沢市 犀川緑地(法島・大桑地区)

- 参加資格: 糖尿病治療中の患者さん、ご家族・友人の皆さん
 - 雨天の場合: 近隣の公立学校の体育館にて代替イベントを行う予定です。体育館の中で、楽しい運動、糖尿病についてのクイズ大会を行います。詳細については、申し込み時にご登録いただいた連絡先や医療機関に連絡いたします。
- 注意事項: 必ず主治医の許可を得て、参加申し込みをしてください。



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>

- 参加費 : お一人様1,000円(弁当代・保険加入料込み)
申込締切 : 2024年9月27日(金)(別途、医療機関にて申込用紙をご用意しております。)
注意事項 : ●参加にあたっては、主治医の許可を得てお申し込みください。
●昼食はお弁当をご用意しております。お茶・飲み物等を持参ください。
●申込に際してご提供いただきました情報は、ウォークラリー開催案内の送付・名簿作成等の運営資料に使用いたします。
- 後援 : 石川県糖尿病ウォークラリー大会実行委員会、日本糖尿病協会石川県支部、
石川県糖尿病療養指導士研究会、明祥株式会社、ノボ ノルディスク ファーマ株式会社
共催 : 石川県医師会、石川県看護協会、石川県栄養士会、石川県理学療法士会、石川県臨床衛生検査技師会

詳細は別途医療機関に配布の申込用紙をご確認ください。

【お問い合わせ先】

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 金沢オフィス ウォークラリー事務局
石川県金沢市本町1-5-2 リファーレ17F
076-260-5541 FAX 076-260-5591

第21回 石川県糖尿病ウォークラリー大会参加者募集！

医療スタッフと一緒に
楽しく糖尿病について学べる！

医療スタッフとチームを作って楽しくウォーキングしながら糖尿病について学べます

健康相談コーナー併設！

日頃健康について気になっていることを
医療スタッフに相談できます

参加者同士で情報交換ができる！

他の医療機関に通院している患者さんと
情報交換ができます

昼食は栄養士が考案した
ヘルシー弁当！

栄養士が考案したおいしい！ヘルシー！
お弁当をご用意しています

どなたでもご参加いただけます！

糖尿病がある方、糖尿病が気になる方、ご家族、ご友人などどなたでもご参加いただけます

【日時】 2024年10月6日(日) 10:00~14:00(終了予定) **9:30受付開始**

【場所】 金沢市 犀川緑地(法島・大桑地区) ※公園の駐車場もしくは公共交通機関をご利用ください
★雨天決行 雨天時は近隣の公立学校の体育館で代替イベントを行う予定。

【参加費】 お一人様 1,000円 (弁当代・保険加入料込み)

【締切り】 **9月27日(金曜日)**

- ・下記申し込み用紙をご記入の上かかりつけ医療機関にお申し出ください。
- ・下記の事務局(黄色の帯の部分)へ郵送またはFAXでお申し込みください。

【その他】

- ・参加にあたっては、主治医の許可を得てお申し込みください。
- ・昼食はお弁当をご用意しております。お茶・飲み物等を持参ください。
- ・ご提供いただきました情報は、ウォークラリー開催案内の送付・名簿作成等の運営資料に使用いたします

【事務局】 ノボ ノルディスクファーマ株式会社 担当:島田(携帯:090-9330-2307)

お問い合わせ電話番号:076-260-5541 FAX番号:076-260-5591

〒920-0853 金沢市本町1-5-2 リファール17F ノボ ノルディスクファーマ(株)

※ 傷害保険加入のため、すべての項目に関し、楷書ではっきりとご記入ください。

※ 申し込み受け付け後、開催1週間前を目安に詳しい資料を送付させていただきます。



.....切り取り線.....

第21回 石川県糖尿病ウォークラリー大会 参加申し込み書

お名前(フリガナ): () 年齢: 才 性別: 男 女

ご住所: (〒 -)

TEL: - -

受診医療機関名: 主治医名: 先生

■■■ ご一緒に参加されるご家族の方(同じ住所にお住いの方)はこちらにご登録できます ■■■

お名前(フリガナ): () 年齢: 才 性別: 男 女

お名前(フリガナ): () 年齢: 才 性別: 男 女

お名前(フリガナ): () 年齢: 才 性別: 男 女

★ご希望のコース(どちらか一方に○をお付けください) ※比較的、どちらのコースも平坦です。

1. 通常コース(4km程度を予定)

2. お手軽コース(2km程度を予定)

★その他ご希望がございましたらご記入ください(同じ病院の方と一緒にチームを希望する、など)