

## 活動日

- 2026年11月8日(日)

## 活動時間

- 7:10～15:00の間(走行ペースによって異なります。)

## 活動内容

- 設定ペースを目安に走行し、周辺のランナーを観察
- 傷病ランナー発見時の初期対応
- 緊急時の一次救命処置 など

## 募集定員

- 50名

※募集定員を超えた場合は抽選となります。

## 申込締切

- 2026年4月3日(金) 必着

## 申込条件

- 医師免許をお持ちの方
- フルマラソンを6時間以内に完走できる方

## 参加料

- 無料

## 支給物品(予定)

- 参加賞Tシャツ
- 完走メダル、フィニッシャータオル

※交通費・飲食費・その他報酬の支給はありません。

## 申込方法

- 郵送 / FAX / E-mail

申込書に必要事項を記入の上、下記に送付してください。

〒703-8293

岡山市中区小橋町1-1-25 岡山県庁小橋町庁舎1F

おかやまマラソン実行委員会事務局 競技運営課

FAX:(086)224-1570

E-mail : info@OkayamaMarathon.jp

- スマートフォン等からの申込み

以下の二次元コードから岡山県電子申請システムに

アクセスし、「利用者登録せずに申し込む方はこちら」

ボタンを押して進んでください。



申込み後、受付完了メールが

届くのを確認してください。

## 注意事項

- 募集定員を超えた場合は抽選とし、抽選結果通知は4月10日(金)頃の郵送を予定しています。
- ドクターランナーに当選した場合、一般ランナーへの重複申込みはご遠慮ください。
- 申込み後の走行ペースの変更はできません。また、希望の走行ペースに配置されない場合もありますので、予めご了承ください。
- 説明会等に関するご案内を送付しますので、郵便番号、住所、建物名、部屋番号、メールアドレスは正確にご記入・ご入力ください。
- 参加できなくなった場合は、直ちに事務局へご連絡ください。
- 感染症対策については、感染状況に応じて対策を行います。

## おかやまマラソン2026 大会概要

開催日時:2026年11月8日(日)

8:45 / マラソン・ファンラン スタート

主催:おかやまマラソン実行委員会

一般財団法人岡山陸上競技協会・岡山県・岡山市

主管:一般財団法人岡山陸上競技協会

種目:マラソン, ファンラン (5.6km)

制限時間:マラソン 6時間(※41.8km地点)

ファンラン 1時間(※5.2km地点)

定員:マラソン 15,000人

ファンラン 1,400人

## スケジュール

|                      |  |
|----------------------|--|
| 3月25日(水)<br>～4月3日(金) | 申込受付                                       |
| 4月10日(金)<br>※予定      | 抽選結果通知(郵送予定)<br>※走行ペース、説明会日程等についてご案内します。   |
| 9月上旬                 | ドクターランナー説明会のお知らせ                           |
| 10月12日(月・祝)          | ドクターランナー説明会                                |
| 11月8日(日)             | おokayamaマラソン2026<br>※ドクターランナーの受付は大会当日に行います |



## 留意事項

- 受付は大会当日に行います。  
【当日の流れ】受付・救護活動に必要な備品配布→スタート→フィニッシュ→備品返却・活動報告→解散
- 救護活動中(レース中断中)も記録計測は継続されます。救護活動を行ったことにより各関門の閉鎖時刻を過ぎた場合は、競技を継続できない場合がありますので、予めご了承ください。
- 当日はドクターランナービブスを着用し活動していただきますが、寒暖・雨天対策、その他必要なものは各自でご用意ください。
- 大会会場に駐車場はありません。当日の交通手段・経路の確認、宿泊の手配は各自で行ってください。
- 事故やケガがあった場合は、主催者側で加入するランナー傷害保険の適用範囲内で対応します。(保険料個人負担なし)  
また、医師等賠償責任保険についても主催者側で加入し、保険の適用範囲内で対応します。(保険料個人負担なし)

## 個人情報の取扱い

- 主催者は、個人情報の重要性を認識し、個人情報の保護に関する法律及び関連法令等を遵守し、主催者の個人情報保護方針に基づき、個人情報を取り扱います。
- 取得した個人情報は、大会に関連する救護活動を円滑に行うことを目的とし、説明会開催連絡、出欠管理、関連資料発送、登録情報の確認連絡、参加履歴・経験に基づく配置、アンケートやレポート依頼、各種保険手続きのために利用します。  
※事務局から、確認連絡をさせていただく場合があります。
- 救護活動中の映像・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。また、大会プログラムなど、主催者が発行する媒体において、氏名を掲載する場合があります。

## お問い合わせ

おokayamaマラソン実行委員会事務局 競技運営課 救護担当  
〒703-8293 岡山市中区小橋町1-1-25 岡山県庁小橋町庁舎1F  
TEL:086-226-7913(9:00～17:00 ※土、日、祝日は除く)  
FAX:086-224-1570  
E-mail: info@OkayamaMarathon.jp  
大会ホームページ <http://www.OkayamaMarathon.jp/>



大会ホームページ

# おかやまマラソン2026 ドクターランナー登録申込書

提出期限 4月3日(金)

コピー使用可

私はドクターランナー募集要項の注意事項等を理解した上で遵守し、「個人情報の取扱い」に同意の上、申込みます。  
※募集要項をよくお読みになり、漏れのないよう正確にご記入ください。

|   |  |                     |  |                        |  |    |
|---|--|---------------------|--|------------------------|--|----|
| 氏名  | フリガナ   | 性別                  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 回答しない | 生年月日                   | 西暦 年 月 日<br>(2026年11月8日現在 満 歳)   |    |
| 主な診療科   | 携帯番号   |                     | ( ) - ※必ずご記入ください。<br>(お持ちでない方は固定電話番号)  |                        |  |    |
| E-mail  | ※事務局から連絡することがありますので、正確にご記入ください。<br>@pref.okayama.lg.jpからのメールを受け取れるように設定しておいてください。  |                     |  |                        |  |    |
| 資料等送付先  | <input type="checkbox"/> 自宅 〒 <input type="checkbox"/> 勤務先 - <input type="checkbox"/> その他  |                     |  |                        |  |    |
| 勤務先   | 勤務先名(医療機関名)等:<br>TEL ( ) -   |                     |  |                        |  |    |
| 緊急連絡先   | 氏名   | フリガナ                | 電話番号   | ( ) - ※左記の方に連絡がとれる電話番号 |  |    |
|   |  | ※ご本人様以外で緊急時に連絡がとれる方 |  | 本人との続柄                 | <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹<br><input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人 |    |
| ベストタイム(過去3年間)   | 時間 分   | 予想タイム(現在の走力)        | 時間 分   |                        |  |    |
| 希望走行ペース   | 【 】4時間前半ペース(6分/km) [定員: 5名]<br>【 】4時間半ペース(6分30秒/km) [定員: 8名]<br>【 】5時間前半ペース(7分/km) [定員: 12名]<br>【 】5時間半ペース(7分30秒/km) [定員: 12名]<br>【 】6時間ペース(8分/km) [定員: 13名]<br>【 】どれでも可 |                     | ※ご希望の走行ペースに配置されない場合もありますので<br>予めご了承ください。   |                        |  |    |
| ドクターランナーの経験の有無  | <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 経験あり  |                     | 参加賞Tシャツサイズ<br>ご希望のサイズに○をしてください (単位:cm)   |                        |  |    |
| ※Tシャツサイズが未記入の場合は、Mとさせていただきます。<br>★応募いただいた申込書はお返しできませんので<br>コピー等を保管してください。 |  | サイズ                 | 身丈   | 胸回り                    | 肩幅   | 袖丈 |
|   |  | XS                  | 63   | 90                     | 39   | 18 |
|   |  | S                   | 65   | 94                     | 41   | 19 |
|   |  | M                   | 68   | 100                    | 43   | 20 |
|   |  | L                   | 71   | 106                    | 46   | 21 |
|   |  | XL                  | 74   | 112                    | 49   | 22 |
|   |  | 2XL                 | 77   | 118                    | 52   | 23 |
| [ミズノ(株)規格]  |  |                     |  |                        |  |    |