**云南省路跑赛事办赛申请表**

填报单位： （盖章） 联系人： 联系方式：

**一、赛事基本信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*赛事名称** |  |
| **\*赛事分类** | 　路跑赛事 | 　场地内赛事 | 　青少年赛事 | 　越野跑赛事 | 　其它赛事 |
| **\*报名时间** |  | **至** |  | **\*比赛时间** |  |
| **\*详细举办地址** |  |
| **\*公开联系人姓名** |  | **\*公开联系人联系电话** |  | **\*公开联系人邮箱** |  |
| **微信公众号** |  | **赛事微博** |  |
| **报名链接** |  | **赛事网站** |  |
| **\*协会分类** | 　中国田径协会认证赛事（A类赛事) | 　中国田径协会主办赛事（A类赛事) | 　云南省体育局主办赛事（B类赛事） | 　其它非省级单位主办赛事（C类赛事） |
| **\*赛事规模** |  |
| **\*赛事组别** |  |  |  |  |

**二、单位信息**

主办承办协办单位根据实际情况增减

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主办单位1 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 主办单位2 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 主办单位3 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 承办单位1 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 承办单位2 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 承办单位3 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 承办单位4 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 承办单位5 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 承办单位6 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** | 　 |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| 推广单位/运营单位 | **\*单位名称** |  | **\*电子邮件** |  | **传真** |  |
| **\*联系人姓名** |  | **\*联系电话** |  |
| **单位介绍** |  |

**三、审批流程**

注明：（A类、B类赛事由属地监管单位初审后移交至云南省路跑协会复审，C类赛事由属地监管单位审核通过后，移交至云南省路跑协会备案即可）

**1、县级初审意见（由当地相关单位填写）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **赛事组织方案****审核意见** | **安全防控方案****审核意见** | **应急处理方案****审核意见** | **医疗保障方案****审核意见** |
|  |  |  |  |

单位名称：

审批时间：

（盖章）

**2、市级初审意见（由当地相关单位填写）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **赛事组织方案****审核意见** | **安全防控方案****审核意见** | **应急处理方案****审核意见** | **医疗保障方案****审核意见** |
|  |  |  |  |

单位名称：

审批时间：

（盖章）

**3、省级复审意见（由云南省路跑协会填写，C类赛事无需复审）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **赛事组织方案****审核意见** | **安全防控方案****审核意见** | **应急处理方案****审核意见** | **医疗保障方案****审核意见** |
|  |  |  |  |

单位名称：

审批时间：

（盖章）