

スペシャルオリンピックス日本(SON)・神奈川のプログラムにご参加希望を頂き有難うございます。お手数ですが、プログラムに関する連絡用に「初参加ゲスト登録票」の各項目に必要な事項をご記入下さい。

【初参加ゲスト票】 FAX 045-650-5217

参加日	20 年 月 日	参加プログラム					
フリガナ 氏名 <small>※18歳未満は保護者も署名</small>		性別	男・女	年齢	歳	職業	学生 社会人 その他
ご住所	〒			生年月日	西暦	年 月 日	
携帯電話			家電話			FAX	
携帯アドレス			PCアドレス				
今までに部活動等でスポーツをされた経験はありますか	①ある(競技： 時期：)②ない						
この活動は何でお知りになりましたか	スポボラnet・県身障者連合会 紹介者()						

現在のプログラム以外に「協力できる・興味がある」ボランティアがありましたらお知らせ下さい。

スポーツプログラム ボランティア	①陸上 ②ボウリング ③水泳 ④バスケット ⑤テニス ⑥卓球 ⑦サッカー ⑧フロアホッケー ⑨馬術 ⑩柔道 ⑪フィギュアスケート ⑫スピードスケート ⑬アルペンスキー その他()
事務局ボランティア	①ニュースレターの編集 ②写真の撮影・整理 ③ポスター等の作成 ④PC入力作業 ⑤資金調達・寄付集め ⑥web関連業務 ⑦医療 その他()
イベントボランティア	①チャリティイベント企画・運営 ②その他イベント企画・運営 ③公式審判()
文化プログラム	①ダンス ②音楽(歌・演奏) ③絵画 ④英会話 ⑤習字 その他()

ご見学・体験後に引き続きボランティアとしてSON・神奈川の活動にご協力頂けるようでしたら、下記の「ボランティア登録申込署名欄」にご記入・ご入会をお願い致します。

【ボランティア登録申込書】

《参加同意書》

私は、スペシャルオリンピックスの理念を理解し、スペシャルオリンピックス日本・神奈川(以下SON・神奈川)のスポーツプログラムに参加している期間には下記事項に同意します。

- 私は、自発的な意志によりSON・神奈川のプログラムに参加するものであり、プログラムに参加するにふさわしい身体状況であることを表明いたします。
- 私は、プログラムへの参加中に起きた、自身の不注意による事故やその他の損害について、私に対応できない場合はSON・神奈川に一任します。
- 私は、プログラムへの参加中に起きた、病気や怪我などによる治療、入院、手術等を含め必要な処置をとることを、私に対応できない場合はSON・神奈川に一任します。
- 上記2と3の費用については、私の健康保険と同会で団体加入している(任意加入)保険範囲内で支払うこととし、SON・神奈川には請求いたしません。
- 私は、SON・神奈川に関する広報活動において、私の名前、肖像、写真および私のコメントが報酬なしに使用されることに異議を申し立てません。

(18歳未満の場合保護者署名)

20 年 月 日 署名

※ボランティア登録して頂いた方には、ニュースレター、メルマガ、各種ご案内等をお送りいたします。

※会員には正会員・賛助会員・登録会員の3種類があります。追ってご案内致します。

※ご記入いただいた個人情報、スペシャルオリンピックス日本・神奈川のボランティア管理およびご案内の送付以外には使用いたしません。また、法人以外に情報が流出しないよう最善の注意をもって管理いたします。