

ボランティア参加申込書

【応募〆切】9月3日(日) Eメール:jimu@son-kanagawa.com FAX:045-650-5217

※当日の交通費の支給はありません。昼食は持参、ただし500円の補助をします。

地区大会ボランティア参加経験 有・無 (○で囲んでください。)

お名前(フリガナ)		性別	男性・女性	年齢	歳
ご住所	〒				
携帯 TEL		メール			
企業・学校・団体名					
何で知りましたか	スポボラ net・神奈川県障がい者スポーツ協会・SON 神奈川からの案内紹介()・その他()				
希望競技・日 (ご希望の内容に○をお付けください) ※同日開催競技以外は重複可	① 9/9(土) バスケット(県立スポセン)	競技経験：有()年・無()年			
	② 10/1(日) ボウリング(江の島ボウル)	競技経験：有()年・無()年			
	③ 10/14(土) サッカー(県立スポセン)	競技経験：有()年・無()年			
	④ 10/14(土) テニス(県立スポセン)	競技経験：有()年・無()年			
	⑤ 10/14(土) 陸上競技(県立スポセン)	競技経験：有()年・無()年			
	⑥ 11/5(日) 競泳(横浜ラポール)	競技経験：有()年・無()年			
	⑦ 11/5(日) 卓球(横浜ラポール)	競技経験：有()年・無()年			

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・神奈川県主催「第24回夏季地区大会」(以下、地区大会)にボランティアとして参加するために、下記事項に同意します。

- ①私は、自発的な意志により「地区大会」に参加するものであり、この行事に参加するにふさわしい身体状況であることを証明いたします。
- ②私は「地区大会」に参加のための移動や、ボランティアの活動を含め、疾病、その他の損害について、スペシャルオリンピックス日本・神奈川県やスペシャルオリンピックス日本に対して、その責任を追及しません。
- ③私は、「地区大会」に参加中、病気や怪我等緊急に治療が必要になり、かつ私が治療に対して同意や対応が出来ない場合は、治療、入院、手術等を含め必要な処置をとることをスペシャルオリンピックス日本・神奈川県に一任します。その際の費用については、私の健康保険と団体加入している保険範囲内で支払うこととし、スペシャルオリンピックス日本・神奈川県とスペシャルオリンピックス日本には請求いたしません。
- ④私は、「地区大会」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。

上記記述事項を全て読み、署名いたします。

2023年 月 日

本人署名

保護者署名

連絡先

※ボランティアが20歳未満の場合は保護者もご署名下さい。保護者が遠方等で署名が無理な場合は連絡先をご記入下さい。

認定 NPO 法人 SONK 事務局

〒231-0014 横浜市中区常盤町 1-7 横浜 YMCA903

TEL : 045-650-5216 FAX : 045-650-5217 Eメール : jimu@son-kanagawa.com