

ボランティア登録票

申込日(20 年 月 日)

フリガナ				ファミリーの方はアスリート名を記入してください			
氏名				(続柄)			
住所	〒						
生年月日	西暦	年	月	日 (歳)	性別	男	女
電話番号	自宅・勤務先		FAX番号		自宅・勤務先		
携帯番号			学校、会社、団体名等				
E-mail							

下記より参加していただけるボランティアをお選びいただき、○を付けてください(複数選択可)
 ※○を付けていただいたボランティアのご案内をさせていただきますのでご了承ください

[スポーツ活動に 参加していただける方]	松江	バスケットボール	水泳	ボウリング
	雲南	バスケットボール	水泳	陸上
	出雲	卓球		
	大田	サッカー		
運営・事務局ボランティア	競技会・イベント(受付、会場設営など) 事務局(発送作業など)			

保険確認	※該当する項目にチェックを入れてください 当団体の活動も対象になるボランティア活動保険に現在ご自身で加入していますか？ <input type="checkbox"/> 加入している ⇒ 加入団体名 () <input type="checkbox"/> 加入していない ⇒ ボランティア活動保険を申し込みますか？ <input type="checkbox"/> 申し込みます <input type="checkbox"/> 申し込みません ※下記内容をご確認ください。お申し込みされない場合は自己責任での対応をお願いします。 <ボランティア活動保険について> ○ボランティア活動保険を申し込みされる方は、年間掛金350円の社会福祉法人全国社会福祉協議会のボランティア活動保険にご加入いただきます(保険有効期間：加入年4月1日～翌年3月31日) ○ご入金確認後の加入手続きとなります。(加入まで時間差があることをご了解願います。) ○年度途中でも加入することはできますが、保険料は年間350円で、有効期間は3月31日までとなります
------	---

ボランティア活動同意書	○私はスペシャルオリンピックス日本・島根のボランティア活動中に、疾病・傷害を負った場合、ボランティア活動保険あるいは自己の健康保険等を用いて、自己の責任において対応します。 ○私はコーチ等の現場責任者の指示に従い、良識ある行動をします。 以上のことに同意して参加いたします。 スペシャルオリンピックス日本・島根 様 20 年 月 日 本人署名(自署) <18歳未満の方(保護者が記入)> ○上記の者のスペシャルオリンピックス日本・島根のボランティア活動参加及び上記内容に同意します。 ○疾病・傷害を負った場合、最寄りの医療機関にて受診させることに同意します。 20 年 月 日 保護者氏名 _____ (続柄:) 住所 _____ (電話:)
-------------	--

※記載された個人情報は、スペシャルオリンピックス日本への情報提供及びSO活動以外には使用いたしません。

雲南市加茂文化ホール ラメール内 スペシャルオリンピックス日本・島根事務局 担当：陰山
 〒699-1105 島根県雲南市加茂町宇治303 TEL：0854-49-8500/FAX：0854-49-6200 (休館：毎水曜日)

事務局使用欄
