

公益社団法人 スペシャルオリンピックス日本・愛知
20 年度 ボランティア登録票・同意書

提出先：SON・愛知事務局に送付してください。（郵送、FAX、スキャンしてメールも可）

フリガナ			性別	学校・会社名
氏名	様		男・女	学年
生年月日	西暦	年 月 日	歳	
参加プログラム名	・			
現住所	〒			
電話		携帯電話		
FAX		E-mail		
緊急連絡先電話番号		職業		
<p>(公社) スペシャルオリンピックス日本・愛知 御中</p> <p style="text-align: center;">ボランティア活動同意書</p> <ul style="list-style-type: none"> 私はボランティア活動中に、疾病・傷害を負った場合、自己の健康保険、あるいはボランティア活動保険等を用いて、自己の費用で受診します。 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。 <p>以上のことに同意して参加いたします。</p> <p style="text-align: center;">_____年_____月_____日</p> <p>本人署名 _____</p> <p>(以下は 満18歳未満の方のみ記入) 上記の者のボランティア活動参加に同意します。 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を同意します。</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月_____日</p> <p>保護者氏名 _____ 印 _____ (続柄: _____)</p> <p>住所 _____</p>				
保険 (傷害事故) (賠償事故)	当団体の活動も対象になるボランティア活動保険に加入していますか？ <input type="checkbox"/> 加入している ⇒ 加入団体 (_____) <input type="checkbox"/> 加入していない			
<p style="text-align: center;">ボランティア活動保険(SON・愛知より社会福祉協議会に提出) 申込書</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 申込みます <input type="checkbox"/> 申込みません</p>				

公益社団法人スペシャルオリンピックス日本・愛知 事務局

〒467-0827

名古屋市瑞穂区下坂町2-9 丸美外マツヨリ堀田1階

電話 052-882-5150 FAX 052-882-5160

稼働日 月・水・木曜日 13:00~17:00

E-mail: soaichi@sage.ocn.ne.jp

事務局メモ