

## ボランティア登録申込書 ・ 同意書

提出先

活動に参加する前にSON・愛知事務局に提出してください。(郵送、FAX、スキャンしてメールも可)

記入日	西暦	年	月	日	
フリガナ					性別( ) 記載は任意です。 未記載とすることも 可能です
氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	
所属	学校・会社・団体名等				
参加希望 プログラム名	記載例 サッカー(名古屋会場) ・ バスケットボール				
住所 (郵便物 配送先)	〒 (楷書で読みやすく記載してください)				
電話	携帯等日中につながる電話 →		TEL	-	-
E-mail	@				

私は、公益社団法人スペシャルオリンピックス日本・愛知のボランティア登録を上記の通り申し込みます。

- ・私は、コーチ・現場責任者の指示に従い、良識ある行動をします。
- ・ボランティア活動中の写真・動画などを事前に了解を得ずにメディア等に掲載することを認めます。
- ・私はSON・愛知が開催するスポーツ活動・イベント活動中に、疾病・傷害を負った場合、主任コーチもしくは現場責任者および事務局に遅滞なく連絡します。

以上のことに同意して参加いたします。

年 月 日 氏名(自筆) \_\_\_\_\_

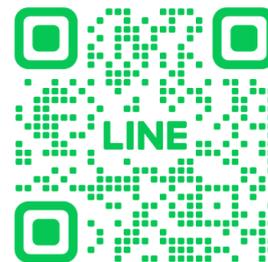
未成年者の場合 保護者氏名(自筆) \_\_\_\_\_

<SON・愛知への連絡事項>

<活動中の保険>

対象	登録後、当団体の活動に参加した方は、以下の保険の加入対象となります。
種類	NPO活動総合保険(賠償責任保険・傷害保険・感染症見舞金保険)
保険料	全額 SON・愛知が負担します

- ※ SON・愛知ではLINE配信をしています。お友達登録をぜひお願いします。
- ※ お申し出がない限り翌年以降も登録は継続します。ただし2年以上活動実績がない方は登録を抹消いたします。
- ※ 記載された個人情報は、スペシャルオリンピックス活動以外には使用しません



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 丸美タウンマンション堀田1階

稼働日 月・水・木曜日 13:00~17:00

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

電話 : 052-882-5150 FAX : 052-882-5160