

ボランティア参加申込書

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。

※中高生には1,000円の補助をします。(交通費補助+昼食代補助)

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	ほ活・神奈川県パラスポーツ協会・SON 神奈川からの案内 紹介()・その他()				
	締切日	＜競技日程＞			
ご希望の 競技に ○を付け てください。 ※重複可	3/8(日)	4/5(日)バスケットボール (県立スポセン) ※TOのタイマーできる方		競技経験：有()年・無	
	3/22(日)	4/18(土) 競泳(八部公園プール)		競技経験：有()年・無	
	6/7(日)	7/5(日) ボウリング(江の島ボウル) ※午前中で終了するため、昼食費補助はありません		競技経験：有()年・無	
	8/30(日)	9/27(日)バドミントン(県立スポセン)		競技経験：有()年・無	
	9/6(日)	10/4(日)テニス(県立スポセン)		競技経験：有()年・無	
	10/4(日)	11/8(日)陸上競技(県立スポセン)		競技経験：有()年・無	

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・神奈川主催「第27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、病気や怪我など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。

2026年 月 日

本人署名

保護者署名

連絡先

※ボランティアが18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。