

令和 年 月 日

スペシャルオリンピックス日本・山梨 理事長 殿

私は、裏面の参加同意書の各事項に同意し、以下のとおり登録します。

コーチ登録申込書

氏 名			男 ・ 女			
生年月日	西暦 年 月 日 (年齢)					
該当するものに○	1. 一般 2. ファミリー					
住 所	〒					
連 絡 先	TEL :					
	メールアドレス :					
	緊急連絡先 : 続柄()					
《参加する全てのプログラムにチェックしてください。》 ☐ 陸 上 ☐ 競 泳 ☐ 馬 術 ☐ ボウリング ☐ フィギュアスケート ☐ スピードスケート ☐ スキー ☐ フロアホッケー ☐ 柔道 ☐ フロアボール						
コーチ 資格	プログラム名	C.C(ワグママド)	C.C(競技)	コーチ 1	コーチ 2	コーチ 3
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

■実働(スポーツトレーニングへの参加 10 時間)

※コーチに登録していただきますとニュースレター、各種お知らせが送付されます。

※緊急連絡先については、ご本人がプログラム中に事故等あった際、必ず連絡が取れる方をご記入ください。

※本書類は、コーチとして参加するための書類であり、入会書類ではありません。「NPO 法人スペシャルオリンピックス日本・山梨」へご入会の方は事務局までお問い合わせください。



スペシャルオリンピックス日本・山梨

参 加 同 意 書

1. 医療対応

アスリートの個人情報（メディカルチェック）を確認し、医療対応に備えます。

また、アスリートが活動参加中、緊急に治療が必要となった場合は、緊急連絡先に連絡のうえ対応します。ただし、連絡が取れなかった場合は現場責任者や主催者に一任します。

2. 傷害保険・賠償責任保険

活動中に生じた病気や怪我の治療費・損害賠償については、私が加入する健康保険、その他の保険及びスペシャルオリンピックス日本・山梨（以下、SON・山梨）が指定する保険を利用します。また、これらの保険の範囲を超えて SON・山梨ならびに関係者に対し賠償を求めることはありません。

3. 個人情報の取り扱い

SON・山梨に関する活動で知り得た個人情報は、退会後も含め第三者へ漏らしません。

SON・山梨の活動中の写真などは、事前に確認を得ずに、メディアに掲載することは致しません。