

スペシャルオリンピックス日本・山梨 理事長 殿

令和 年 月 日

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
	()			
<p>《参加する全てのプログラムにチェックしてください。》</p> <p><input type="checkbox"/> 陸上 <input type="checkbox"/> 競泳 <input type="checkbox"/> 馬術 <input type="checkbox"/> ボウリング</p> <p><input type="checkbox"/> フィギュアスケート <input type="checkbox"/> スピードスケート <input type="checkbox"/> スキー</p> <p><input type="checkbox"/> フロアホッケー <input type="checkbox"/> 柔道 <input type="checkbox"/> <u>バスケットボール (準備中)</u></p>				
認定コーチ	プログラム名	GO・A	競技講習	
		年 月更新	年 月更新	
最新更新日		年 月更新	年 月更新	
		年 月更新	年 月更新	

※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。「認定 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。

※認定コーチの資格は 4年ごとに更新をお願いします。



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。