令和　　　年　　　月　　　日

テキスト

自動的に生成された説明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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 男　・　女 | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日　 （年齢　　　 ） | | | |
| 該当するものに〇 | 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　　　*バスケットボール（準備中）* | | | | |
| 認定コーチ  最新更新日 | プログラム名 | GO・A | | 競技講習 |
|  | 年　　月更新 | | 年　　月更新 |
|  | 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。

テキスト

自動的に生成された説明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。

1. 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。

1. 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。