**東京都障害者総合スポーツセンター・東京都多摩障害者スポーツセンター**

**ボランティア申込書**

申込日　令和　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 性　別 | 男性　・　女性 |
| 生年月日（西暦） | 年　　月　　日　（　　歳） | 所在地 | 区　・　市　※区市町村までの記載でかまいません。その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 | ‐　　　‐※連絡の取れる番号を記載下さい。 | 職 業学校名 |  |
| メールアドレス |  |
| 緊急連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　氏名：（万が一、ボランティア中に事故があった場合に、連絡が取れる身内の方の名前と電話番号） |
| **参加希望教室** |  |
| **参加希望日** | 　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　：　　　～　　　：　　 |
| センターでの活動経験の有無 | あり　・　なし　　※「あり」の方は参加した活動内容を記載してください過去の活動内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加理由 |  |
| 備　　考 | ※障害をお持ちの方は、障害の種類や必要な配慮を記載してください。 |

**※スポーツ指導者参加同意書、保険加入カード（証明できるもの）のコピーを添えてお申し込みください。**

※活動の参加にあたってはボランティア保険などの加入が必要です。

※ご提出頂いた個人情報は、事業参加に関するご案内・ご連絡、及び当センターからの情報提供のために利用します。