

FAX送信

03-3209-1833

第17回 新宿シティハーフマラソン・区民健康マラソン
ボランティアスタッフ申込用紙

※「FAX」「E-mail」「所属団体など」以外の未記入箇所がある場合は受付できませんので、ご注意ください。

ふりがな お名前 (グループの場合は代表者名)	生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
TEL	FAX		
ご住所 〒	E-mail ※連絡や資料等をメールで受け取りたい方のみ、ご記入ください。		
	所属団体など (あれば)		
特別なボランティア活動について ・大会当日、自転車運搬などの力作業			
	できる	できない	
※「できる」に○をした方には当該ボランティア活動が発生した際、ご連絡させていただく場合があります。			

※生年月日の情報は保険加入に際し必要となりますので正確にお書入れください。

ご家族・グループで申込みの場合

※「FAX」「E-mail」以外の未記入箇所がある場合は受付できませんので、ご注意ください。

2	ふりがな お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	力作業 できる できない
	ご住所 〒	TEL	FAX		
		E-mail (連絡等の希望者のみ)			
3	ふりがな お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	力作業 できる できない
	ご住所 〒	TEL	FAX		
		E-mail (連絡等の希望者のみ)			
4	ふりがな お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	力作業 できる できない
	ご住所 〒	TEL	FAX		
		E-mail (連絡等の希望者のみ)			
5	ふりがな お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	力作業 できる できない
	ご住所 〒	TEL	FAX		
		E-mail (連絡等の希望者のみ)			

※「力作業」について「できる」に○をした方には当該ボランティア活動が発生した際、ご連絡させていただく場合があります。

※生年月日の情報は保険加入に際し必要となりますので正確にお書入れください。

【注意事項】

※活動内容は実行委員会事務局で決定します。

※申込内容により、事前確認等の面談をさせていただく場合があります。

※実行委員会が傷害保険に一括加入します。既往症など体に不安がある場合は、医師等に相談の上、お申込ください。

※ボランティアスタッフとしてご参加いただく方には、12月下旬頃に資料を郵送する予定です。また、1月上旬頃に事前説明会を開催する予定です。

※活動中の早退はできません。

※遅刻の場合は、スタッフジャンパーの配布ができないため活動への参加はできません。

※活動日に荷物を預ける場所はありません。貴重品を含め、荷物は各自で管理をお願いします。また、貴重品・荷物の紛失に関しては、主催者は一切の責任を負いません。

※主催者は、個人情報の重要性を認識し、個人情報の保護に関する法令等を遵守し、取り扱います。登録いただいた個人情報は、担当ごとに配布するボランティア資料への氏名等の記載、保険への加入、次回大会ボランティアスタッフ募集案内の送付等に利用する場合があります。

※大会の様子やボランティア活動の様子を撮影した画像・映像については、実行委員会および実行委員会事務局である公益財団法人新宿未来創造財団による広報活動のために、各メディアに掲載いたします。