

モルック講座参加申込書

ふりがな		受付番号	<small>※太枠は事務局で記入</small>
参加申込者氏名		年齢	
		歳	
住 所 (宛 名)	〒 様方	連絡先	
		自宅	()
		携帯電話	()
ふりがな			
保護者氏名		当日同伴の有無	
		有 ・ 無	
住 所 (宛 名)	〒 様方	連絡先	
		自宅	()
		携帯電話	()

※募集人員を超えた場合は主催側の厳正な抽選により決定いたします。

【脱水症状について】

熱中症防止のため、こまめな水分補給・塩分補給をお願いいたします。

【個人情報の取り扱いについて】

参加申込書(同意書・健康チェックシート含む)に記載された個人情報については、下記のモルック講座に関する業務のみに使用する。また、申込み時点で本人の同意が得られたこととする。

- (1) モルック講座参加意思及び参加人数の確認 (2) 参加資格の確認(年齢, 保護者等の同意など)
- (3) 参加案内等の送付 (4) 本体験会の結果, 映像, 写真の記録業務への使用及び広報紙, インターネット等への掲載
- (5) 感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合の保健所への情報提供

【申込先・問合先】 利根町教育委員会生涯学習課(役場4階)
 (住 所) 〒300-1696 茨城県北相馬郡利根町布川841番地1
 (電 話) 0297-68-2211(内線423)
 (FAX) 0297-68-7989

同 意 書

利根町教育委員会生涯学習課 様

令和 年 月 日

上記, 参加申込者が, モルック講座に参加することを同意します。

モルック講座に参加するにあたり, 私(保護者)は, いかなる傷病についても傷害保険以外の法律的な一切の権利を主張しないことを確約します。また, 各種感染症が原因となる場合も含まれます。

参加者氏名

保護者署名

印