

2024年度 岩手県U14育成センター 参加同意書

【担当保管用】

岩手県バスケットボール協会 御中

<参加選手情報>

参加選手氏名	フリガナ	生年月日【西暦】
		年 月 日
学年	身長	Team JBA メンバーID
中学校 年生	cm	
所属チーム	通学している学校	リバーシブル（ユニフォーム）番号
	中学校	

<確認事項> (下記の内容を確認し、チェックを入れてください。)

- 「本事業で撮影した動画及び静止画の肖像権は公益財団法人日本バスケットボール協会に帰属すること」を確認しました。
- 原則としてDCの全日程に参加することを承諾しました（事情があって欠席する場合には、担当まで報告することを理解、承諾しました）。
- 県DC候補に選出された場合には、（一社）岩手県バスケットボール協会のHPに個人名が掲載されることがあることを了承しました。
- 「本事業の活動中・移動中における事故・けが・盗難・傷害、その他の事故についての補償は、加入する保険の範囲内であること」を確認しました。
- 「マルファン症候群に関する注意」を確認しました。
- 参加選手が制限なく競技レベルのバスケットボールを行えることを確認しました。

<保護者の同意>

上記選手の派遣および確認事項について、保護者として同意します。

保護者氏名	フリガナ	記入年月日【西暦】
印		年 月 日
住所		電話番号
〒		