

2018 佐賀インターナショナル・バルーンフェスタ ボランティア申込書

私は、別紙の誓約書に基づきボランティアの申込をいたします。 記入日: 月 日

氏名	(日本語:漢字・フリガナ)			(ローマ字)			
住所	〒						自宅電話
							携帯電話
メールアドレス				サイズ	M・L・XL・XXL		
勤務先名				電話			
生年月日	年	月	日(才)	性別	男・女	国籍	
話せる外国語	有()・無			自動車免許	有・無		

1. 希望するボランティアの種類 (希望するものに○をつけてください) ※詳細は、3ページ目をご覧ください。

※(1)・(2)・(3)・(6)は、原則70才未満の人

(1)競技ドライバー	(2)競技クルー	(3)ファンタジア ドライバー	(4)ファンタジア クルー	(5)迷子センター スタッフ	(6)ドライバー (大会事前事後)
※複数ご希望の場合は、優先順位をご記入ください。 ※具体的な希望があればご記入ください。					

2. バン(ハイエース・キャラバン)は運転可能ですか? はい・いいえ

3. バルーンのクルーやドライバーをしたことがありますか? はい(年間くらい)・いいえ

4. 過去にボランティアとして参加したことがありますか?

はい ⇒ 参加年度()、参加チーム・役割等()
いいえ

5. 参加日程(参加可能日に○をつけてください。)

大会準備・公式練習		大会期間					片付け
10月 29日(月)	30日(火)	31日(水)	11月 1日(木)	2日(金)	3日(土・祝)	4日(日)	5日(月)

※大会準備及び片付け(10/29~30、11/5)については、お願ひする場合は改めてご連絡します。時間を作って頂いてもお願ひすることがない場合もありますので、ご了承ください。

6. 宿泊手配希望 はい・いいえ

原則として県外の方を対象としています。 宿泊施設の利用にあたっては宿泊先の利用規約等に従ってください。

宿泊希望(宿泊希望する日に○をつけてください)

準備・公式練習	大会期間					宿泊先の 駐車場の利用
10月 30日(火)	31日(水)	11月 1日(木)	2日(金)	3日(土・祝)	4日(日)	
						有・無

※申し訳ありませんが、現時点で、佐賀駅近辺の宿泊施設が確保できておりません。また、送迎は大会中の朝、ホテルから会場までの送りのみ(帰りはチーム内で相談)となりますので、事前にご了承の上お申込下さい。

7. 職場宛「協力要請依頼書」の送付 要・不要

必要な方には、佐賀バルーンフェスタ組織委員会より、ご勤務先宛にて依頼書をお渡します。

4 ページ目の書式にてお申し出ください。

2018佐賀インターナショナル・バルーンフェスタ

ボランティア誓約書（スタッフ・クルー）

1. 私は、FAIスポーティング・コード並びに2018佐賀インターナショナル・バルーンフェスタ競技規定を遵守すること、また主催者の指示に従うことを誓約します。
2. 私は、2018佐賀インターナショナル・バルーンフェスタに参加するにあたり、大会主催者、パイロットおよびクルー、オブザーバー、役員、スタッフ、その他関係するすべての団体およびその関係者などに対し、彼らまたは他の競技者の行為の結果によって、私自身の身体や財産にいかなる損失や損害を被ったとしても、その責任の追及を一切行わないことを誓約します。
3. 当大会期間中、役員もしくはスタッフとして、いかなる状況下にあっても、いかなる気球の飛行に関して、どの飛行も義務ではなく、私の自由意志で行うものであることを理解し、了承しています。私は、主催者やこの大会に関与または後援している団体は、私に便宜および参加の場を提供しただけであり、私自身気球飛行に関する避けられない危険性について十分に理解し、かつその危険性は私個人の責任に帰するものであると理解します。
4. 私は、2018佐賀インターナショナル・バルーンフェスタ期間中の私自身に関する全ての写真、映像、ビデオ、音などの諸権利を主催者である2018佐賀インターナショナル・バルーンフェスタ組織委員会に無償譲渡し、また、必要な場合はそれら撮影および収録に協力することを誓約します。

（註）大会期間中、主催者はボランティア申込書により、傷害保険(死亡 1,500万円、入院10,000円/日、通院5,000円/日)に加入します。

日付 _____ 年 ____ 月 ____ 日

住所 _____

氏名 _____

署名 _____ (印)

(本人が未成年の場合は、保護者の署名捺印をお願いします。)

メール、郵送、またはファクスにて下記までお申し込みください。

佐賀バルーンフェスタ組織委員会

〒849-0937 佐賀市鍋島 3-7-2 シヤトレ鍋島 2-1F

Tel 0952-33-3955 / Fax 0952-33-3977

E-mail sibfo@sibf.jp

【申込期限】平成 30 年 8 月 27 日(月)

※申込者多数の場合、期限前でも締切ることがあります。お早めにお申し込みください。

(特に、土日休日のみ参加など)

※足りない部署については、申込期限後も、随時募集します。

職場宛協力要請依頼書

1. 依頼者

氏名	
郵便番号	〒
住所	
電話番号	

2. 要請書宛名

(例1) 佐賀商事株式会社
代表取締役 山田 一郎

(例2) 佐賀建設株式会社
営業部長 田中 次郎

勤務先	
役職名	
氏名	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日

3. 送付先 (いずれかに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	(1) 自宅に送付 (自分で勤務先に持っていく)	
<input type="checkbox"/>	(2) 勤務先に直接送付	
送付先	郵便番号	〒
	住所	
	会社名	
	部署・担当者名	

4. その他 (送付の期限や記載内容に希望がある場合はご記入ください。)