

岩手ビッグブルズU15：トライアウト参加同意書

本同意書に記入いただいた個人情報について、岩手ビッグブルズは厳正なる管理のもとに保管し、トライアウト参加者の健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。

トライアウトに参加することに関して、選手及び保護者が以下項目をご確認後、チェック欄に「✓」を記入ください。

チェック項目	チェック欄
岩手ビッグブルズU15トライアウトの概要を確認しました。	
当日、37.5度以上の発熱や、咳・喉の痛み、倦怠感、呼吸困難、一時的な嗅覚・味覚異常などを感じる場合などは参加しないことを承諾しました。	
当日、選手が体調不良だと弊社スタッフが判断した場合、スタッフの指示にしたがった参加を中断することを承諾しました。	
岩手ビッグブルズ公式webサイトよりUPされている「トライアウト開催」記事の注意事項にある「マルファン症候群に関する注意」をご確認いただき、現時点でマルファン症候群ではないことが分かっています。	
トライアウト中に撮影する写真、動画などは各種メディアや岩手ビッグブルズの公式webサイトに使用することを承諾しました。	
ほか、「トライアウト」記事の「注意事項」について遵守します。	

現在、地域クラブや部活動、ミニバスに所属している選手の方へ

現在所属しているチームの責任者、コーチの方に、必ず同意を得てから本トライアウトに参加してください。  
下記の欄は、現在所属しているチームの責任者、コーチの方がご記入お願いいたします。

チェック項目	チェック欄
受講者がトライアウトに参加することを承諾しました。	
トライアウト合格者は岩手ビッグブルズU15に移籍することを（JBA登録を含めて）同意しました。	
クラブから責任者、コーチの方へ連絡する場合があることを承諾します。	
所属チーム責任者・コーチの署名（直筆）：_____。	
所属チーム責任者・コーチの連絡先（TEL or mail）：_____。	

2024年        月        日

選手氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先（TEL） \_\_\_\_\_