

一般社団法人アスリートケア 学生会員入会誓約書

一般社団法人アスリートケア
代表理事 小柳磨毅 殿

私は、一般社団法人アスリートケアの活動に参加するにあたり、活動中などに起こった紛失、盗難、負傷、死亡及び第三者に対しての障害や損害などが発生した場合には、その原因に関わらず私自身が一切の責任を負います。また、法人ならびに関係者に対して、一切の損害賠償を要求しないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

養成校名：

自宅住所：

氏名：_____ 印

未成年者の方は保護者の署名、捺印を以下にお願いします。

私は、入会署名者の保護者であり、上記誓約書に同意します。
平成 年 月 日

住所：

保護者氏名：_____ 印

本人との続柄：

- * 未成年者の場合は、必ず保護者の署名、捺印が必要になります。
- * 誓約書への記入の上、下記に郵送して下さい。
- * 郵送先：〒632-0001 奈良県天理市中之庄町 470
奈良東病院 リハビリテーション科 吉本 宛