

第15回スタートシニアゴルフトーナメント ボランティア参加申込書

ふりがな					
お名前					
生年月日/性別	年	月	日生	歳	男・女
連絡先 (自宅・会社) ※○を記入下さい	〒 -				
	TEL ()		/FAX ()		
	携帯 - -				
	MAILアドレス ※到着確認をメールで致します。必要な方はご記入ください。 尚、携帯電話の場合はエラーで送れない場合がございますので、ご了承ください。				
緊急連絡先 ※ご本人様以外	【お名前】				
	【ご住所】〒 -				
	TEL ()		/携帯 ()		
ボランティア経験 (ゴルフボランティア歴も記入)	・ゴルフボランティア(以前担当した業務を記入ください)		ゴルフボランティア歴	年	
	() () ()				
希望日 (参加日に○)	6/11(水)	6/12(木)	6/13(金)	6/14(土)	6/15(日)
	(練習場のみ)	(練習場・フォアキャティのみ)			
希望業務 (業務名をご記入下さい)	第1希望		第2希望		第3希望

※基本的には、2日間以上の業務希望の方を募集いたします。

業務希望につきましては、申込日数・ゴルフ経験歴・ボランティア経験歴を考慮して決定となります。

ご希望に添えない可能性もございますので、あらかじめご了承下さいますようお願い申し上げます。

参加時の交通手段 ※○を記入下さい	車 [駐車券 必要・不要(乗合)]		電車※	バイク・自転車	その他
	※友部駅からの送迎バスは6/14(土)・15(日)の2日間のみとなります。				
どこから情報を得ましたか? ※○を記入下さい その他の方は詳しく記入下さい	1. 過去参加者	2. 大会HP	3. PGA HP	4. コース関連	5. 友人紹介
	6. その他()				
希望ウェアサイズ(○を記入)	M	L	LL		
今後、スタートシニアゴルフトーナメントの ボランティア情報の提供を必要としますか?	有			無	
健康状態で該当する項目に ○をご記入下さい	良好	やや不安	不安		
健康面で不安のある方は 理由をご記入下さい					
その他(質問事項など)					

FAXもしくは郵送にてお申し込み下さい。 **送付先 FAX 043-274-6709**

ボランティア募集に関するお問合せ先: **第15回スタートシニアゴルフトーナメント ボランティア事務局**

〒262-0033 千葉県千葉市花見川区幕張本郷1-3-5 大岩ビル307

株式会社 エール・クリエート内 担当 雨澤・西村

TEL 043-274-6720 ※ ご不明な点があればお気軽にお問合せ下さい

個人情報の取扱いについて

個人情報保護法に関する法令及びその他の規範を遵守し、お客様からいただいた個人情報につきましては厳重に注意をはかり取扱うように努めます。

利用目的

●本トーナメントにおける、ご案内・連絡時にのみ使用します。

●ご同意頂ける場合は、スタートシニアゴルフトーナメントからの情報のご案内、連絡時に利用します。