

## ハビタット・フォー・ヒューマニティ・ジャパン 国内ボランティア活動参加同意書および健康状態申告書

### 国内ボランティア活動参加同意書

私は、ハビタット・フォー・ヒューマニティ・ジャパン（以下、「ハビタット・ジャパン」）が主催または手配するボランティア活動（以下、「本活動」）への参加に当たり、ハビタット・ジャパンに対し以下のことに同意します。

1. 私は、本活動中、一貫してハビタット・ジャパンおよびハビタット・ジャパンと協力関係にあるボランティア受入先である組織（以下、「パートナー組織」）のボランティア活動に関する安全基準を理解し、またその指示に全面的に従うことを誓約します。
2. 私は、ハビタット・ジャパンおよびパートナー組織の支援活動に参加する者として、適切な集団行動をとり、本活動の受入先や関係者に迷惑をかけるような行為を慎みます。
3. 私は、本活動の参加資格を十分に理解し、それを満たしています。また、本活動の参加申込フォームにおいて、本活動に支障をきたす恐れのある事柄（持病、アレルギー、身体的損傷、精神障害、常備薬等）について、あらかじめ全て漏れなくハビタット・ジャパンに申告します。
4. 私は、ハビタット・ジャパンがあらゆる面で本活動の参加者の安全に留意し、その確保に最大限の努力を払っていることを理解しています。万が一、本活動中に不測の事態が生じた場合は、ハビタット・ジャパンおよびパートナー組織との信頼関係に基づき、対応に協力します。
5. 私は、本書により、作業には負傷や罹患、損害、損失に関するリスクがあることを理解し、承諾しています。また、負傷、罹患、死亡または物的損害に見舞われた際も、ハビタット・ジャパンには、医療、健康、身体障害に関する（ただし、それらに限定されない）経済的な支援やその他の援助を提供する責任や義務は一切ないことを理解しています。
6. 私は、ハビタット・ジャパンが加入しているボランティア保険の内容を理解しています。その保険でカバーされない範囲については、適宜、個人の判断によりあらかじめ必要な保険に加入します。
7. 私は、活動中に緊急事態が発生した場合に備え、ハビタット・ジャパンが連絡できる連絡先（未成年の場合は保護者または後見人の連絡先）をあらかじめハビタット・ジャパンに通知します。

8. 私は、本書により、申込時に提出した個人情報をハビタット・ジャパンが個人情報保護法に基づき管理することに同意し、また感染症対策等の緊急時、法令に基づき官公庁から個人情報開示の要望があった場合、官公庁に対し個人情報が開示されることを承諾しています。
9. 私は、本書により、本活動中にハビタット・ジャパンが作成した私自身の肖像や音声を含む、すべての写真、映像、音声記録についての一切の権利、権限、利益は、ハビタット・ジャパンに帰属することを承諾しています。
10. 私は、本活動中に知り得た、ボランティアの支援を受ける受益者、私以外のボランティア、およびその他のすべての関係者の個人に関する情報を、活動中及び活動後も絶対に第三者に開示・提供しません。
11. 私は、本活動中に、布教活動、政治活動、営業行為は一切行いません。
12. 私は、自らの意志によって自発的に、強制されることなく、本書に自署、または、記名・捺印します。

以上

### 参加者署名

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

※自署または記名・捺印

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 保護者または後見人署名（高校生の場合）

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

※自署または記名・捺印

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**\*以下はボランティア活動参加日当日に、ご確認のうえご署名ください。**

### 個人情報の取得について

#### 個人情報取得の目的

1. 感染症や汚染の予防および拡大予防を目的として、ハビタット・ジャパンは下記個人情報取得する。

#### 個人情報の提供先

2. ハビタット・ジャパンにより取得された下記個人情報は、上記項目 1 の目的のため、要請があった場合に政府、行政団体その他関連団体に提示される。ただし、署名者が個人情報開示に同意した場合、もしくは個人情報保護法により認められる情報である場合にのみ、第三者に情報が開示される可能性がある。

### 健康状態について

1. 下記のような症状はありますか。	はい	いいえ
i) 発熱		
ii) 咳		
iii) 呼吸困難		
iv) 息切れ		
v) その他症状（詳細） _____		
2. 過去 14 日間以内に、新型コロナウイルス感染症濃厚接触の疑い、もしくは感染者への接触がありましたか。		
3. 過去 14 日間以内に、あなた自身、もしくは同居人が海外へ渡航しましたか。		

私は、上記の情報が虚偽でないことを、ここに申告いたします。

氏名： \_\_\_\_\_ 印

※自署または記名・捺印

体温： \_\_\_\_\_ ° C 電話番号： \_\_\_\_\_

ハビタット

確認者： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

※ハビタット確認者の項目は空欄にしてください