**必要事項ご記入のうえ、連盟のメールアドレスへ添付ファイルまたは、FAXでご送信ください。**

**受付の際、名刺を受領いたします。**

**7/1（月）15:00以降にお申し込みの方は、連盟事務局まで直接お電話　03-3811-5800ください。**

申込日：　令和6年　　　月　　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
|  |
| 来場される代表者のお名前 |  |
| 連絡携帯番号 | 携帯番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 取材班人数 | 　　　　　　　　　　　　　名（一社3名まででお願いしています。） |
| 取材方法 | 写真撮影（スチール　　　　台）　ビデオ撮影（ムービー　　　　台）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 取材対象選手と聞きたいことがあれば |  |
| 備考 |  |

**※ご記入いただきました個人情報は、ご出欠確認のために使用させていただき会見終了後は破棄いたします。**

**誓約書**

私は会見の取材にあたり、主催者より指示された事項に対し従うことを誓約します。また、取材にあたり関連して起こった死亡、負傷、その他の事故で私自身及び会社、同行者の受けた損害について、決してNPO法人日本視覚障害者柔道連盟及び全日本柔道連盟に対して、非難したり、責任を追及したり、損害賠償を要求したりしないことを誓約します。　なお、このことは事故が会見主催者または担当係員の手違いなどに起因した場合であっても変わりありません。　万一私が事故を引き起こした場合、事故に起因する全ての賠償責任を負うことを誓約します。私は取材参加にあたり危険が伴うことを十分認識し、それに対して標準的な能力を持っていることを誓約し、取材を申し込みます。

責任者署名