

未来の夢計画

グローバル補助金 職業研修チームの参加申請書



参加者の連絡先

チームリーダー チームメンバー

姓: _____ 名: _____

ロータリアン: はい いいえ 「はい」と答えた場合、会員ID: _____

性別: 男性 女性

住所: _____

Eメールアドレス: _____

主に使用している電話番号: _____

その他の電話番号: _____

国籍: _____

緊急連絡先

姓: _____ 名: _____

参加者との続柄: _____

住所: _____

Eメールアドレス: _____

主に使用している電話番号: _____

その他の電話番号: _____

旅行保険会社: 会社名: _____

保険証券番号: _____

電話番号: _____

経験

本申請書に私の履歴書(電子ファイル)を添付します。

重点分野と目標

研修プログラムは、どの重点分野に一致するものですか。

平和と紛争予防／紛争解決

疾病予防と治療

水と衛生設備

母子の健康

基本的教育と識字率向上

経済と地域社会の発展

あなたが専門とする学業分野／職業分野が、この重点分野とどのように関連するものであるかを説明してください。

--

この研修に参加するにあたってのあなたの目標は何ですか。

--

言語能力と学歴

話すことのできる言語(母国語を含む)とその能力のレベルをご記入ください。

言語

レベル

言語	レベル

同意

グローバル補助金による職業研修チームの一員として、私は以下の受給条件に同意します。私は、

1. 本補助金に関連する旅程と研修の日程表に目を通したことをここに確認します。
2. 補助金を有意義に使うために、団結したグループとして、ほかのチームメンバーとともに職業研修と活動に積極的に参加することをここに確認します。
3. 訪問国に関する知識を備え、ロータリーの目標と理念、およびロータリーの使命を助長するという職業研修の目的を十分理解できるよう、必要な語学研修や文化研修を含む出発前のオリエンテーションに積極的に参加します。
4. 海外渡航期間中、以下の**最低限度額**の保険金を補償する旅行医療・傷害保険に加入します。
 - 250,000米ドル 治療と入院（事故、病気、入院、その他の関連サービスを含む）
 - 50,000米ドル 基本的な主要医療費）
 - 50,000米ドル 緊急医療移送
 - 20,000米ドル 遺体送還費

この保険が、参加中に渡航および滞在する国において有効であり、出発日から正式な帰国日まで効力を有するものでなければならないことを了解しています。

要請があれば、私は、派遣側と受入側の提唱者、ならびにロータリー財団に、義務づけられた保険限度額の証明となる保険加入証明書を提供します。

国際ロータリー(RI)とロータリー財団が、上記保険を義務づけることによって、これらの限度額や補償範囲が私の保護に必ずしも十分であるという見解を示しているのではないことを了解しています。私は、保険専門家と相談し、私が訪問する地域で十分とされる保険補償額を判断すべきであることを了解しています。

5. RI/ロータリー財団が、職業研修チームメンバーにいかなる種類の保険も提供しないことを了解しています。
6. 旅行の手配、語学研修、保険、宿泊先、旅券、ビザ、予防接種、資金の用意に関する全事項は、私の個人的責任であって、ロータリー・クラブ、地区、RI、あるいはロータリー財団の責任ではないことに同意します。
7. ロータリー財団は補助金の実施に直接関連する費用のみを提供することを了解しており、また私は、海外渡航中の個人的費用と臨時費に充てるための十分な資金を用意してします。
8. チームメンバーを選ぶ最終的権限はロータリー財団にあることを了解しています。適切とみなされる場合には、ロータリー財団の独自の判断により、チームメンバーあるいは補欠候補者をいつでも失格とすることができます。

9. 私の行動が根拠となって私がチームから除外された場合には、私のために支払われた一切の費用をロータリー財団に返金することに同意します。
10. 研修を受ける側の職業研修チームのメンバーとなった場合、私は、次の者でないことを証します。1)ロータリアン、2)クラブ、地区、他のロータリー関連組織、または国際ロータリーの職員、3)前記2項の配偶者、直系親族(血縁による子または孫、入籍または未入籍の養子)、直系親族の配偶者、直系尊属(血縁による両親または祖父母)。
11. 私と、私を候補者として推薦するロータリアンおよび(または)チームのほかの参加者との関係(職業上または私的な関係)について、選考委員会がすべて認識していることを証します。
12. 補助金の期間中(個人の時間が予定に組み入れられている場合を除く)は終始チームとともに行動し、私の所在を常にチームに知らせるようにすることに同意します。
13. チームの一員として、旅行中は、ロータリー、派遣クラブまたは派遣地区、自国の不名誉とならないよう、適切な態度や振舞いを終始維持します。
14. 補助金の期間中は、危険な活動への参加を慎むことに同意します。さらに、次のことを了解し、これに同意することをここに確認します。
 - 私は、補助金に関連する活動への参加中、あるいはその活動への往復旅行中の自分の行動と所有物に対し、単独で責任を負います。
 - 私は、研修参加中に、多少の危険を伴う活動に関与する可能性があることを認識しています。こうした活動には、病気、けが、不十分かつ危険なインフラ、安全性の低い交通手段、危険を伴う労働条件、激しい肉体労働、厳しい天候、政治的不安、文化的な誤解、地元の法律への違反から生じる問題、肉体的な危害、犯罪、詐欺行為などがあります。私は、こうしたリスクがあることを理解し、研修に伴うすべてのリスクを受け入れます。
 - 私は、補助金を支給する以外の何らかの経済的あるいはその他の賠償責任、負担および義務を、RIとロータリー財団に負わせることはありません。
 - 重篤な病気あるいは負傷により、私が本同意書の条件を全うできず、自国に帰還しなければならない場合、ロータリー財団は自国への移送手配費用を支払います。RI/ロータリー財団は、現在も将来においても、いかなる医療費あるいは治療費も負担することはありません。
 - 研修に参加中、あるいは研修への往復旅行中、または補助金に関連するいかなる時点においても、私が負った、または患った病気、けが、その他の損失(情緒障害を含む)とそれに伴って生じる全費用は、私自身が一切の責任を負うものとします。
15. 私自身もしくはほかの参加者の健康、安全、福利を不必要に危険にさらしたり、脅かす可能性のある危険な活動への参加を控えることに同意します。こうした活動には、スカイダイビング、バンジージャンプ、極限スポーツ、重機の操作などが含まれます(ただし、これに限られません)。私は、研修への参加中、あるいは研修への往復旅行中の自分の行動と所有物に対し、単独で責任を負います。
16. 通常の医療措置、外科的処置、歯科治療、感染症との接触を含む(ただしこれらに限られない)いかなる種類の医療行為や医療活動に私がかかわった場合、そのような活動に参加したことから生じた損害に対し、私が単独で全責任(適切な保険への加入を含む)を負うことをここに

確認します。

17. 補助金を支給する以外の何らかの経済的あるいはその他の賠償責任、負担および義務を、RIとロータリー財団に負わせることはありません。また、補助金によって賄われないすべての費用を自己負担することを了解しています。私は、自分の行為、行状、怠慢、不注意、不当行為、不法行為、本補助金に適用される規定および条件の違背に基づき、RI/ロータリー財団に申し立てをしたり、あるいはRI/ロータリー財団に弁済させたりするような請求(肉体的損傷あるいは物的損害に対する請求を含むが、これに限られない)、要求、行為、損傷、損失、出費、負債、罰金、出費(妥当な弁護士費用およびその他の訴訟費用を含む)、裁定から、RI/ロータリー財団を守り、補償し、損害を及ぼさないことに同意します。上述には、RI/ロータリー財団または第三者団体の人員の負傷もしくは所有物への損傷が含まれ(ただしこれに限られるものではない)、これはいかなる保険契約が存在しようともかかわらず適用されます。
18. 提唱者から要請された場合には、クラブや地区の活動に参加することに同意します。
19. 要請があれば、ロータリー財団が私の氏名や連絡先をほかの職業研修チームやロータリー地区に提供することを許可します。特に書面で明記していない場合、私は、報告書に添えて写真を提出することにより、ロータリーの綱領を助長することを目的として、RIとロータリー財団の出版物、広告、ウェブサイトなど(ただしこれに限らない)にこれを掲載する権利をRIとロータリー財団にここに与えます。また私は、私が報告書に添えて提出した写真を、ロータリーの綱領を助長することを目的として、RIとロータリー財団がロータリーの関係組織に提供することを許可します。
20. 研修の終了後に旅行することを私が選んだ場合、補助金活動の完了後4週間以内に派遣地区に戻ることに同意することをここに確認します。
21. いかなる状況においても、補助金の期間中はチームメンバーとして承認されていない配偶者または家族が同行しないことに同意します。
22. 私が旅行できるだけの良好な健康状態にあることを確認するため、医師による健康診断を受け、診断医師がこれに署名することに同意します。

本同意書に起因あるいは関連するすべての事柄は、イリノイ州法により管轄されるものとします。これには、イリノイ州法の解釈、構造、履行、執行を含みますが、これに限られるものではありません。本同意書に起因あるいは関連して、ある関係者がほかの関係者に対し起こすいかなる訴訟も、イリノイ州のクック郡巡回裁判所(Circuit Court of Cook County)、あるいはイリノイ州北部地区連邦地方裁判所(Federal District Court for the Northern District of Illinois)で行われる必要があります。各関係者は、訴訟において、これらの裁判所と、これらの裁判所それぞれの控訴裁判所の専属管轄権に従うものとします。本同意書は、上記のいずれかの裁判所から判決を受けた一方の関係者が、その判決の適用をほかの裁判所において主張することを禁じるものではありません。

下記の項目を確認し、ボックスに印を付けてください。

- 私は、グローバル補助金と新地区補助金の授与と受諾の条件、および本補助金への私の参加に関する上記の条件を読了し、これに同意します。
- 私は、本補助金で要求されている健康状態を満たしており、本補助金による海外渡航および職業研修中の活動に全面的に参加することができます。
- 私は、参加条件に記載されている通りに、海外渡航中の医療・損害保険に加入することが義務づけられており、この保険の補償内容の詳細を上記緊急連絡先の欄に記入しなければならないことを了解しています。さらに、この保険は、補助金の期間中に私が訪問するすべての国において有効でなければならないことを了解しています。
- 私は、本補助金への私の参加に関連し、ロータリー財団に対して一切法的責任を負わせることはありません。
- 私は、渡航に必要なビザを取得しました(または出発前に取得します)。

氏名(アルファベット活字体) _____

署名(必須) _____

日付: _____