



お申込書

平成

年 月 日

★この個人情報、マリンスポーツ業務を行うに当たって使用するものであり、それ以外の目的で使用するものではありません。

フリガナ			生年月日	S・H
お名前	男・女		年 月 日 (歳)	
			血液型	A・B・O・AB
ご住所	(〒 -)			
	都・道 府・県		電話番号	() -
緊急	() -	ご宿泊先		

マリンスポーツ・スノーケル参加確認書

■ご参加前の健康チェック(○をしてください) ご不安な点などございましたらスタッフにご相談ください。

- ① 現在のあなたの体調は? 良好 / 普通 / 不調
- ② お酒を飲んでいる又は二日酔いである。..... YES / NO
- ③ 医師のもとに通院している又は慢性の病気がある。..... YES / NO
- ④ 処方箋や薬を服用している。..... YES / NO
- ⑤ コンタクトレンズをしている。..... YES / NO
- ⑥ 妊娠している、又は妊娠している可能性がある。..... YES / NO

<必ずお読みになってから、ご署名ください。> ※参加者が未成年の場合は、その親権者の方もお読みください。

ディスカバー・スノーケリングに関する参加同意・承諾

マリンスポーツに関する参加同意・承諾

私(親権者)／私共(親権者及び参加者)は、今回のマリンメニューに参加させる／参加するにあたり、このメニューが海洋で実施されることを理解しています。
したがって安全のためにガイドやインストラクターの指示にしたがうことに同意いたします。

私／私共は、このプログラムがスポーツであり、参加するためには健康でなくてはならないことを知っています。

病歴調査

※該当する項目がありましたらチェック(✓)してください。

※その病気が完治しており、プログラム参加に全く支障がなければチェックしなくて結構です。

- 風邪をひいている、鼻がつまっている
- 循環器系の病歴がある(含現在)
- 糖尿病である
- 副鼻腔の病歴がある(含現在)
- 発作、麻痺、めまいをおこしやすい
- 過去3年以内に病気をしたり手術を受けた
- 肺や心臓、呼吸器の病歴がある(含現在)
- アレルギーがある
- 精神的に不安定になることがある

該当項目を具体的に

私／私共は、上記病歴の項目を正確に確認しました。

私／私共は、インストラクターの指導、指示を遵守し私自身の意志でマリンメニューに参加します。

私／私共は、マリンメニュー参加中に私自身の責任によって起こしてしまったあらゆる損害についての責任が有限会社北谷海人の会に発生しないことに同意します。

私／私共は、この書面が私の署名により免責同意書と同じ効力を有することを同意します。

記入日	平成	年	月	日
参加者 署名	_____			
親権者 署名	_____			
※参加者が未成年の場合は必ずお読みいただき、ご署名ください。				