

学校名 _____

マリンスポーツツアー参加申込書

フリガナ 氏名	組番	性別	男・女	血液型	型
身長: cm	体重: kg	足サイズ: cm	生年月日:	年 月 日	満 歳
住所 〒 _____					
電話番号: _____			緊急連絡先: _____		

参加ツアーメニュー

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> パナナポート10分コース | <input type="checkbox"/> 体験ダイビング | <input type="checkbox"/> パナナポートシュノーケル |
| <input type="checkbox"/> ビーチシュノーケル | <input type="checkbox"/> ポートシュノーケル | <input type="checkbox"/> ジェットスキー体験 |

※参加するメニュー全てにチェックをお願いします。

同意書

- 上記に私自身(参加者)が間違いなく記入し、瀬底ビーチマリクラブが主催するマリンスポーツツアーに申込みを致します。
- 申込みにあたり、マリンスポーツツアー開催当日の事前説明を完全に理解し、当日の健康状態に問題のない参加者のみ、ツアーの参加対象とさせていただきます。
ツアー中は、ライフジャケットを着用し安全に配慮いたしますが、インストラクターの指示等に従わなかった場合において発生する事態については、瀬底ビーチマリクラブ及びインストラクターに対して、責任を問わないことを了承致します。
- 健康チェック表 ※該当項目がある際は、事前に医者診断書が必要となる場合がございます。
※あてはまる所にチェックをお願いします。

- | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高所恐怖症・閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 心臓障害 | <input type="checkbox"/> 過呼吸(パニック障害等) |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 血液障害 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の手術 |
| <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> 気胸 | <input type="checkbox"/> 水恐怖症 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 |
| <input type="checkbox"/> 適度な運動が出来ない方 | <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 気管支炎 |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻科の病気 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 潜水病 | <input type="checkbox"/> アレルギー症状 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈・動悸 | <input type="checkbox"/> 乗り物酔い | <input type="checkbox"/> 狭心症 | 症状 _____ |
| <input type="checkbox"/> 肺の障害 | <input type="checkbox"/> 脳疾患 | <input type="checkbox"/> 躁鬱病 | |
| <input type="checkbox"/> 首・関節等の障害をお持ちの方もしくは後遺症の恐れがある方 | | | |
| <input type="checkbox"/> 現在、薬を飲んでいる ⇒ 薬名と理由を教えてください。 _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 現在、通院している ⇒ 理由を教えてください。 _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> その他(症状を教えてください) _____ | | | |

※よく読んでご記入して下さい。

私(参加者)は上記の健康状態は、間違いありません。記載漏れの事項に関する責任を負うことに同意致します。この同意書は単に注意書きにとどまらず、この同意書の内容をすべて確認して、私(参加者)署名を下記に記入致します。未成年者の場合は、私の親権者から同意を受けていることをここに宣言いたします。

以上

参加者名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

未成年者/親権者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

担当インストラクター _____