



●ディスカバー・スノーケリングに関する参加同意・承諾書

●マリンスポーツに関する参加同意・承諾書

中学生以上の未成年者用

参加者の記録(部外秘)

(フリガナ) 参加者 氏名	----- 男・女	生年月日 平成 年 月 日	年齢 歳
ご住所	〒		
連絡先	ご自宅電話番号	緊急連絡電話番号	続柄
(参加プラン)			
年 組 班			



Aプラン・・・ドラゴンボート+シュノーケル
 Bプラン・・・ドラゴン+シュノ+カヤック
 Cプラン・・・シュノーケル+カヤック
 Dプラン・・・ドラゴンボート+カヤック

よく読んでご記入ください。

私(親権者)／私共(親権者及び参加者)は、上記で選択した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> ※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。

※該当する項目がある方は医師の診断書が必要になる場合があります。具体的に記入してください。

※風邪、鼻づまりは当日治っていれば参加できます。



- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 風邪をひいている、鼻がつまっている | <input type="checkbox"/> 発作、麻痺、めまいをおこしやすい | <input type="checkbox"/> てんかん持ちである |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔の病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> アレルギーがある | <input type="checkbox"/> 最近病気をしたり手術を受けた |
| <input type="checkbox"/> 肺や心臓、呼吸器の病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> 投薬を受けている | <input type="checkbox"/> 医師のもとに通院している |
| <input type="checkbox"/> 循環器系の病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> 糖尿病である | <input type="checkbox"/> その他 |

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メニューに参加します。

記入日
平成 年 月 日

私／私共は、マリ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。

親権者
署名 _____ 印

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。

参加者
署名 _____

★ウェットスーツやライフジャケットをご用意いたします。正確に記入してください。

身長	体重	足のサイズ	視力	
cm	kg	cm	右 度	左 度

