

参加申込書



A

B

D

BFD

KFD

スクール(

)

フリガナ

氏名 _____ 男・女 S・H _____ 年 月 日生(_____ 歳) 未婚・既婚

〒

TEL _____

住所 _____

携帯電話 _____

フリガナ

緊急連絡先氏名 _____ 続柄 _____ 緊急連絡先TEL _____

※参加者様以外でお願いします。ご両親・ご兄弟・親戚等

※ツアー参加のための病歴・健康診断書

● あなたの現在・過去における病歴で、該当するもの全てを正確にチェックして下さい。

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 自然気胸 | <input type="checkbox"/> 肺結核 | <input type="checkbox"/> 鼻炎・花粉症 | <input type="checkbox"/> 風邪・風邪気味 |
| <input type="checkbox"/> 中耳炎・耳の感染症 | <input type="checkbox"/> 神経性過敏 | <input type="checkbox"/> 精神障害 | <input type="checkbox"/> めまい・失神 | <input type="checkbox"/> ひんぱんな頭痛 | <input type="checkbox"/> 胃かいよう |
| <input type="checkbox"/> 心臓障害 | <input type="checkbox"/> 肝臓障害 | <input type="checkbox"/> 高・低血圧 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> ヘルニア(_____) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 閉所、高所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 捻挫、骨折 | <input type="checkbox"/> 薬品の使用 | <input type="checkbox"/> 乗物酔い |
| <input type="checkbox"/> 喫煙 | <input type="checkbox"/> 飲酒 | <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <input type="checkbox"/> アレルギー(_____) | | |

● あなたの病歴中、重傷のけがや入院、手術したことがある病気を全て書き出して下さい。

● あなたが現在服用している薬品類を全て書き出して下さい。

● 最後に受けた健康診断は _____ 年 _____ 月 _____ 日 ● 胸部レントゲン検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。

*** 確認書 ***

私は、海に潜在的な危険性があることを十分承知した上で、自由意志を持って参加し、自己の責任を持ちマリン活動を行うことを誓い申し込みます。また、参加期間中に万が一私に障害・死亡・その他の事故が発生した場合、私自身、家族、後継者、その他の関係者に対して、株式会社沖縄シーストーリーの責任が発生しないことに同意します。

私はこの同意書に署名する前に良く読み、内容を完全に理解し、自由意志により署名しました。

ツアー参加日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者または保護者署名 _____

(未成年者は、保護者または親権者の署名が必要です)

担当 _____

参加可・不可 _____