



(本業務以外の記載事項の転用および第三者への開示は禁止)

中学生以上の未成年者用

スノーケリング・ツアー参加前の確認書



日本国内で実施するプログラムで、中学生以上の未成年者の参加者の場合に限る

参加者の記録

参加者氏名： _____ フリガナ： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____

ご住所：〒 _____

自宅電話： _____ メールアドレス： _____

緊急連絡先電話： _____ 氏名： _____ 関係： _____

よく読んでご記入ください。

私 _____ (親権者名) / 私の子供 _____ (参加される方のお名前)

は、スノーケリング・ツアーについての説明を受け、内容を十分に理解したうえで参加することを証明いたします。私 (親権者) / 私共 (親権者及び参加者) は、上記で選択したプログラムに参加させる / 参加するにあたり、このプログラムが海や湖、プールなどの水域で実施されることを理解しており、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。特に、耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、これまでの病歴に関してはすべてガイドやインストラクターに説明し、もし不明な点、ガイドやインストラクターの指示があった場合には、医師の診断を受けることに同意いたします。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加する条件であることを知っています。



私 / 私共は、安全にプログラムを楽しむには、上記のことを全て守る必要があることを十分理解し、インストラクターやガイドの指示に従わないことや、重大な病歴について説明しないことその他重大な不注意等が原因となり事故が発生しても、それは全て私 / 私共の責任であることを了解しています。

私 / 私共は、上記の内容をよく読み、確認して署名いたします。

参加者署名：(直筆 / 楷書) _____ 日付 _____

親権者署名：(直筆 / 楷書) _____ 日付 _____

参加者情報欄：身長 _____ cm / 体重： _____ kg / 足のサイズ _____ cm

12/19 (ver1.0)

シュノーケル病歴／診断書 署名する前によく読んで下さい。

以下の項目に該当する方は参加できません。

- ・現在妊娠をしている。・現在処方せんによる投薬を受けている。
- ・過去1年以内に喘息の症状が出た事が有る。または喘息の薬を服用している。
- ・てんかん、発作、けいれんをおこす。 ・糖尿病である。なった事が有る。
- ・高血圧症である。 何らかの心臓疾患や発作を起こした事が過去にある。
- ・血液・血管の病気が有る、なった事が有る。・耳の病気が有る。
- ・行動上の問題、または精神的、心理的な問題が有る。・コレステロール値レベルが高い。
- ・現在・過去ともに、医師より運動や生活に制限を受けた事が有る。
- ・本日アルコールを摂取した。
- ・60歳以上である

上記の事を理解しシュノーケルツアーに参加します

署名

過去にシュノーケルをした回数 回

開催時間

場所 トカシクビーチ・ハナレ島

担当 国吉