

ふりがな
氏名 _____

住 所 _____

S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

携帯番号 _____

【参加されるご家族様のお名前・ご年齢】

【緊急連絡先】 ※必ずご記入下さい。

① _____ (_____ 歳)

氏名 _____ 続柄： _____

② _____ (_____ 歳)

③ _____ (_____ 歳)

TEL _____

※現在治療中、通院中または過去の病歴や症状について該当する項目をチェックして下さい。

	病歴、症状など (過去 現在) ※複数でご記入の方は右の欄にお名前もご記入ください※	現 在	過 去	該当された 方のお名前
1	呼吸器系 (□喘息 □気管支炎 □肺炎 □結核 □気胸 □その他) の病歴、症状がある。			
2	耳鼻咽喉系 (□中耳炎 □副鼻腔炎(蓄のう症) □難聴 □その他) の病歴、症状がある。			
3	循環器系 (□狭心症 □不整脈 □高・低血圧 □心臓発作 □その他) の病歴、症状がある。			
4	□糖尿病 □肝臓障害 の病歴、症状がある。			
5	□てんかん □ひきつけ □けいれん □発作等 の意識障害を起こすことがある。			
6	□パニック障害 □過呼吸 を起こすことがある。			
7	乗物酔いしやすい。			
8	現在、□風邪 □骨折、捻挫 □飲酒 □妊娠 □薬品を服用 をしている。			
9	上記①～⑧以外の病気やケガなどで治療中である。 病名等 (_____)			
備考：現在、服用しているお薬がありましたらご記入ください。 (_____) その他、申告しておきたい症状また、不安な点がありましたらご記入ください。 (_____)				

承諾書

私は、海に潜在的な危険性があることを十分に承知し、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。又、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、ていんグループ シートラスト沖縄 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よく読み、内容を完全に理解し、自由意志により署名しました。

※万が一、緊急事態が発生した場合には酸素供給を受けます。

ツアー参加日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者または保護者署名 _____

(未成年の方は、保護者または親権者の署名が必要です)

スタッフサイン _____ 参加： 可 ・ 不可

スタッフ記入欄

日時 _____ コース _____ 人数 _____ 合計 _____