医師の診断よる参加承諾証明書

ツアー参加日：　　年　　月　　日

参 加 者 名 ：

生 年 月 日 ：　　年　　月　　日生

※どちらかに〇を記入ください。

・シュノーケリングの体験に不適格であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
・シーカヤックの体験に不適格であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
・ダイビングの体験に不適格であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。

・シュノーケリングの体験をする事はすすめられません。
・シーカヤックの体験をする事はすすめられません。
・ダイビングの体験をする事はすすめられません。

医師からの注意事項記入欄

【　　】

年　　月　　日　　医療機関名：

医　師　名：　　㊞