

# 参加申込書

身長 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_

足のサイズ \_\_\_\_\_

視力（コンタクト使用時） 左 \_\_\_\_\_ 右 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 歳

〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

※緊急連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

(参加者様以外でお願いします。ご両親・ご兄弟・親戚等)

※あなたの現在と過去における健康状態に関して、下記の項目で該当する全てにチェックして下さい。

- |                                         |                                    |                                   |                                |                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく           | <input type="checkbox"/> 自然気胸      | <input type="checkbox"/> 呼吸器系障害   | <input type="checkbox"/> 胃かいよう | <input type="checkbox"/> 鼻炎・花粉症      |
| <input type="checkbox"/> 心臓障害           | <input type="checkbox"/> 不整脈       | <input type="checkbox"/> 精神障害     | <input type="checkbox"/> 肺結核   | <input type="checkbox"/> ひんぱんな頭痛     |
| <input type="checkbox"/> てんかん           | <input type="checkbox"/> 中耳炎・耳の感染症 | <input type="checkbox"/> 閉所・高所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 腰痛    | <input type="checkbox"/> 肝臓障害        |
| <input type="checkbox"/> 高血圧            | <input type="checkbox"/> 糖尿病       | <input type="checkbox"/> めまい・失神   | <input type="checkbox"/> 肺炎    | <input type="checkbox"/> 神経性過敏       |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中            | <input type="checkbox"/> 捻挫・骨折     | <input type="checkbox"/> 乗り物酔い    | <input type="checkbox"/> 喫煙    | <input type="checkbox"/> 飲酒している・二日酔い |
| <input type="checkbox"/> アレルギー（ _____ ） | ）該当がない場合、<br>チェックをお願い致します。→        |                                   |                                | <input type="checkbox"/> 特に該当する項目なし  |

※あなたは過去に重傷のけがや入院、または手術をしたことがありますか？

いいえ \_\_\_\_\_ はい（傷病名： \_\_\_\_\_ ）

※あなたは現在、薬品類を服用していますか？

いいえ \_\_\_\_\_ はい（薬品名： \_\_\_\_\_ ）

●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

## \*\*\*確認書\*\*\*

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、アイランド倶楽部グループ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、内容を十分に理解し、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、私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 \_\_\_\_\_

(未成年者は、保護者または親権者の署名が必要です)

スタッフ確認サイン

参加 可・不可

これらの個人情報は、当店の業務上使用するものであり、それ以外の目的で使用することは一切ございません。