

教育旅行 ダイビング体験 申込書

注：必ず参加者自身が記入して下さい。

フリガナ							申込日	年	月	日	
氏名							生年月日	年	月	日	歳
							性別	男			・
現住所	〒						血液型	A・B・O・AB型			
							TEL				
緊急連絡先	氏名		続柄		住所		TEL				
身長	cm	体重	kg	視力	左	右	足サイズ	cm			

教育旅行 海の体験学習参加承諾書及び健康診断書

※この参加承諾書及び健康診断書の回答は、あなたのダイビング体験参加時における安全性を判明させる為に必要な事です。又、現在の健康状態がシュノーケリング活動において安全性を阻害させる条件がある場合においては、医師の診断によるダイビング参加同意の承諾書の証明が必要になります。現在の健康に関して特に異常が無いか、スポーツ等をするのに支障は無いか、下記の健康診断・病歴調査票を基に□に✓チェック印を記入して下さい。

◆あなたの現在又は、過去3年以内における病歴で下記に該当する箇所は全て□の中に✓チェック印を記入して下さい。又、下記に該当する箇所は有るが、現在完治している方は、□上記の症状は現在全て完治しているに記入して下さい。

※ 該当する 欄に チェック	<input type="checkbox"/> 喘息・呼吸器系の病気	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔の障害	<input type="checkbox"/> 中耳炎・耳の障害	<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい・意識喪失
	<input type="checkbox"/> 心臓障害・不整脈・動悸	<input type="checkbox"/> 狭心症・高、低血圧	<input type="checkbox"/> 結核・肺炎・自然気胸	<input type="checkbox"/> 閉所・高所恐怖症
	<input type="checkbox"/> 風邪をひいている	<input type="checkbox"/> 睡眠薬やその他の薬を服用中【薬品名_____】		
	<input type="checkbox"/> 1年以内に手術を受けた【病名_____	<input type="checkbox"/> 現在異常なし	<input type="checkbox"/> 現在通院中又は、薬を服用中】	
<input type="checkbox"/> 上記の症状は現在全て完治している <input type="checkbox"/> 上記の項目にいずれも該当しない <input type="checkbox"/> その他【_____】				

※てんかん・発作などの既往歴のある方は医師の参加同意承諾署名があっても体験へ参加できません。

◆上記の該当する箇所の□に✓印を記入した方で、現在完治している方は□上記の症状は全て完治しているに✓印をお願いいたします。現在も治療中の方は医師の診断によるダイビング体験参加同意の承諾が必要となります。下記、受講生参加了解同意書の欄に記入して下さい。

※病院指定の承諾書(診断書)があれば本紙に添付しても構いません。

☆ 太枠の病歴チェックは忘れずに行なってください。

※□に✓印を記入した方で、医師による参加同意承諾書が添付されていない場合、当日の参加をお断りする場合がございますので、予めご了承下さい。

受講生参加了解同意書 注：よく読んで記入して下さい

私は、有限会社トップマリン残波(以下、(有)トップマリン残波)の開催するダイビング体験コースに参加する事は、自分の意思で行うものであり、自己責任をもってダイビング活動を行うことを誓います。又、基本的な危険性やリスクを認識した上でプログラムの提供に関係する者の判断及び指示を尊重し従います。

又、指示に従わずに発生する事態、あるいは不測の事態から私自身に生じる可能性のある障害その他の障害の全てについて、私自身が責任を負うとともに、健康管理などの細心の注意を払って参加します。

私は、このプログラムを提供する(有)トップマリン残波又は、担当インストラクターに対して、私が担当インストラクターの指示に従わなかったこと又は、私の重大な過失によって私が被った損害については(有)トップマリン残波の賠償責任を問わないことに同意し署名します。

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師の診断による参加同意承諾書署名

≪ダイビング体験に参加する上で支障はありません≫

学校名/ _____ 組 _____ 番

病院名	
担当医名	Ⓜ
住所	
TEL	

受講生署名 _____ Ⓜ

(参加者が未成年の場合)

保護者署名 _____ Ⓜ

担当インストラクター
署名 _____

申込み書の書き方

※不備(記入漏れ等)が1箇所でもあると、体験へ参加できません。

教育旅行 マリンスポーツ体験 申込書 注: 必ず参加者自身が記入して下さい。

フリガナ		申込日		年	月	日
氏名		生年月日	年	月	日	歳
現住所		性別	男 ・ 女			
		血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型			
		TEL				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	TEL		
身長	cm	体重	kg	視力	左	右
				足サイズ	cm	

※黒ボールペンを使用し、楷書で明瞭に記入して下さい。

※該当する欄がない場合は「上記の項目いずれにも該当しない」に必ずチェックを入れて下さい。

教育旅行 海の体験学習参加承諾書及び健康診断書

※この参加承諾書及び健康診断書の回答は、あなたの参加時における安全性を判断させる為に必要な事です。又、現在の健康状態が活動において安全性を阻害させる条件がある場合においては、医師の診断による参加同意の承諾書の証明が必要になります。現在の健康に関して特に異常が無い、スポーツ等をするのに支障は無いが、下記の健康診断・病歴調査票を基ににチェック印を記入して下さい。

◆あなたの現在又は、過去3年以内における病歴で下記に該当する箇所は全ての中にチェック印を記入して下さい。又、下記に該当する箇所は有るが、現在完治している方は、上記の症状は現在全て完治しているに記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 喘息・呼吸器系の病気	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔の障害	<input type="checkbox"/> 中耳炎・耳の障害	<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい・意識喪失
<input type="checkbox"/> 心臓障害・不整脈・動悸	<input type="checkbox"/> 狭心症・高、低血圧	<input type="checkbox"/> 結核・肺炎・自然気胸	<input type="checkbox"/> 閉所・高所恐怖症
<input type="checkbox"/> 風邪をひいている	<input type="checkbox"/> 睡眠薬やその他の薬を服用中【薬品名_____】		
<input type="checkbox"/> 1年以内に手術を受けた【病名_____】	<input type="checkbox"/> 現在異常なし	<input type="checkbox"/> 現在通院中又は、薬を服用中	

上記の症状は現在全て完治している 上記の項目にいずれも該当しない その他【_____】

※てんかん・発作などの既往歴のある方は医師の参加同意承諾署名があっても体験へ参加できません。

◆上記の該当する箇所のに印を記入した方で、現在完治している方は上記の症状は全て完治しているに印をお願いたします。現在も治療中の方は医師の診断による体験参加同意の承諾が必要となります。下記、受講生参加了解同意書の欄に記入して下さい。

※病院指定の承諾書(診断書)があれば本紙に添付しても構いません。

★ 太枠の病歴チェックは忘れずに行なってください。

※に印を記入した方で、医師による参加同意承諾書が添付されていない場合、当日の参加をお断りする場合がございますので、予めご了承下さい。

受講生参加了解同意書 注: よく読んで記入して下さい

私は_____は、有限会社トップマリン残波(以下、㈱トップマリン残波)の開催する_____コースに参加する事は、自分の意思で行うものであり、自己責任をもって_____活動を行うことを誓います。又、基本的な危険性やリスクを認識した上でプログラムの提供に関係する者の判断及び指示を尊重し従います。又、指示に従わずに発生する事態、あるいは不測の事態から私自身に生じる可能性のある障害その他の障害の全てについて、私自身が責任を負うとともに、健康管理などの細心の注意を払って参加します。私は、このプログラムを提供する㈱トップマリン残波又は、担当インストラクターに対して、私が担当インストラクターの指示に従わなかったこと又は、私の重大な過失によって私が被った損害については㈱トップマリン残波の賠償責任を問わないことに同意し署名します。

医師の診断による参加同意承諾書署名

<< _____ 体験に参加する上で支障はありません >>

<p>署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>学校名/ _____ 組 _____ 番</p> <p>受講生署名 _____ (参加者が未成年の場合)</p> <p>保護者署名 _____</p> <p>担当インストラクター署名 _____</p>	<p>病院名 _____</p> <p>担当医名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>TEL _____</p> <p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">上記の病歴欄に、 チェックのある方は、 こちらに医師の承諾署名が必要となります。</p>
---	---

※必ず署名・捺印をして下さい。
※黒ボールペンを使用し、楷書で明瞭に記入して下さい。

