

むら咲むら □シュノーケリング □ダイビング 申込書

注：参加者自身が記入して下さい。

フリガナ							署名日	年	月	日	
氏名							生年月日	年	月	日	歳
							性別	男		女	
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、あなたのマリンスポーツ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、現在の健康状態がマリンスポーツ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、医師の診断によるマリンスポーツ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が、マリン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。

※※ 医師の診断による参加同意承諾署名が必要な項目 ※※

※該当する欄にチェック

※60歳以上75歳未満の方は、病歴に関わらず、医師の診断のうえ参加同意書が必要となります。

- 閉所・高所恐怖症 中耳炎など耳の障害 手術を受け通院している うつ病
パニック障害 鼻・副鼻腔の障害 睡眠薬やその他の薬を服用中【薬品名_____】
その他の病気【病名_____】
循環器系（不整脈・高血圧・心臓障害、等） 糖尿病
呼吸器系（ぜんそく・気胸、等）

※上記項目で、循環器系（不整脈・高血圧・心臓障害等）、糖尿病、呼吸器系（ぜんそく・気胸等）にチェックが入る方は医師の参加同意（診断書）があってもダイビングには参加できません

※以下の項目に該当する方は医師の承諾・診断書があってもプログラムには参加できません。

- ◇てんかん ◇75歳以上の方 ◇妊娠中または可能性がある ◇現在、飲酒している

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

◆上記病歴で特に該当する項目がない方は、□上記の症状は全て完治している もしくは□上記の項目にいずれも該当しないのどちらかに必ず✓印を記入してください。記入が無い方はいかなる理由でも体験に参加することができません
 ※上記病歴項目□に✓印を記入した方で、医師による参加同意承諾署名が記入・捺印されていない場合、当日の体験への参加をお断り致します。

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)の開催するマリンスポーツプログラムに参加する事は、自分の意思で行うものであり、自己責任をもってマリンスポーツ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

学校名/ 組 番

◀マリンスポーツに参加する上で支障はありません▶

受講生署名 (印)

病院名

(参加者が未成年の場合)

保護者署名 (印)

担当医名 (印)

担当インストラクター

住所

TEL

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。

※60歳以上75歳未満の方は、病歴に関わらず、医師の診断のうえ参加同意書が必要となります。

※黒ボールペンを使用し、楷書で明瞭に記入して下さい。

選択している体験へ
チェックを入れてください。

むら咲むら シュノーケリング ダイビング 申込書 注: 参加者自身が記入して下さい。

フリガナ			署名日	年	月	日
氏名	生年月日	年	月	日	歳	
	性別	男		女		
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、あなたのマリンスポーツ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、現在の健康状態がマリンスポーツ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、医師の診断によるマリンスポーツ参加同意の承諾書の証明が必要となります。現在の健康に関して特に異常が無いが、マリン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。

※※ 医師の診断による参加同意承諾署名が必要な項目 ※※

※60歳以上75歳未満の方は、病歴に関わらず、医師の診断のうえ参加同意書が必要となります。

※該当する欄にチェック

- 閉所・高所恐怖症 中耳炎など耳の障害 手術を受け通院している うつ病
- パニック障害 鼻・副鼻腔の障害 睡眠薬やその他の薬を服用中【薬品名_____】
- その他の病気【病名_____】
- 循環器系(不整脈・高血圧・心臓障害、等) 糖尿病
- 呼吸器系(ぜんそく・気胸、等)

※上記項目で、循環器系(不整脈・高血圧・心臓障害等)、糖尿病、呼吸器系(ぜんそく・気胸等)にチェックが入る方は医師の参加同意(診断書)があってもダイビングには参加できません

※以下の項目に該当する方は医師の承諾・診断書があってもプログラムには参加できません。

- てんかん 75歳以上の方 妊娠中または可能性がある 現在、飲酒している

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

◆上記病歴で特に該当する項目がない方は、上記の症状は全て完治している もしくは上記の項目にいずれも該当しないのどちらかに必ず印を記入して下さい。記入が無い方はいかなる理由でも体験に参加することができません
※上記病歴項目に印を記入した方で、医師による参加同意承諾署名が記入・捺印されていない場合、当日の体験への参加をお断り致します。

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、(株)トップマリン残波)の開催するマリンスポーツプログラムに参加する事は、自分の意思で行うものであり、自己責任をもってマリンスポーツ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(株)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(株)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
学校名/	組	番	
受講生署名	①		
(参加者が未成年の場合) 保護者署名	②		
担当インストラクター			

医師の診断による参加同意承諾署名

《マリンスポーツに参加する上で支障はありません》

病院名	
担当医名	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。
住所	
TEL	

※該当する欄がない場合は、上記の項目が必ずいずれのエツクにも該当しない場合、必ずエツクを入れないで下さい。

60歳を超え、体験日に満が病歴チエツクに係る方は、医師の承諾署名が必要となります。

※黒ボールペンを使用し、楷書で明瞭に記入して下さい。