

アプリシエイト シュノーケリングコース参加申込書

シュノーケルを含むメニューはこの一枚の提出でかまいません。(体験ダイビングは除く)

・シュノーケリング + (・ドラゴンボート ・マリッジット ・カヤック)

◆よく読んでから署名してください。

私共 (親権者名)※ _____ / (参加される方のお名前)※ _____ は、
アプリシエイト株式会社が主催する「マリンスポーツ体験コース」へ参加するにあたり、提供されるマリンスポーツ体験についての説明を受け、内容を十分に理解したうえで参加することを承諾いたします。

私共(親権者及び参加者)は、マリンスポーツに参加させる/参加するにあたり、このマリンスポーツ体験が海やプールなどの水域で実施されることを理解しており、したがって安全のために指導員の指示にしたがうことに同意いたします。

私共は、このマリンスポーツ体験がスポーツであり、参加するためには健康でなくてはならないことを知っています。特に、耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、これまでの病歴に関してはすべて指導員に説明し、もし不明な点、指導員の指示があった場合には、参加者が医師の診断を受けることに同意いたします。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加する条件であることを知っています。

私共は、当コース開催エリア外で発生した事故、または参加者自身の危険行為により発生した事故、指導員の指示に従わず発生した事故等で仮に最悪の事態などになっても、自分の責任であることを了解しています。

病歴書

あなたの現在の健康状態と過去の病歴に該当する項目に、お答えください。

- | | |
|---|--------------|
| 1. 現在、耳の感染症にかかっている。 | (はい ・ いいえ) |
| 2. 現在、副鼻腔炎や気管支炎を患っている。 | (はい ・ いいえ) |
| 3. 呼吸器系疾患の既往症がある。(喘息、肺気腫、結核) | (はい ・ いいえ) |
| 4. 心臓病の既往症がある。(心臓血管系疾患、狭心症、心臓発作) | (はい ・ いいえ) |
| 5. 現在、出血が止まりにくい病気、またはその他の血液系の病気を患ったことがある。 | (はい ・ いいえ) |
| 6. 突然気を失うことや、痙攣を伴うてんかんなどの病気を患っている、または病歴がある。 | (はい ・ いいえ) |
| 7. 閉所恐怖症ですか？ または過去にパニック発作を起こしたことがある。 | (はい ・ いいえ) |
| 8. 現在、普段の生活において健康面や精神面へ影響を与えるような問題がある。 | (はい ・ いいえ) |
| 9. 現在、上記に列記した病気やそれ以外の病気に対する何かしらの治療薬を服用している。 | (はい ・ いいえ) |

ここに記入した情報は私の知る限りにおいて真実であり、正確であることを誓います。

実施日 (西暦) 年 月 日 (不明であれば記載不要)

学校名 年 組 番

生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢[歳] 血液型[]

身長 [cm] 体重 [kg] 足のサイズ[cm] 視力:0.1以上ある [はい ・ いいえ]

※ 参加者署名 年 月 日 (記入日)

※ 親権者署名 ※印 年 月 日 (記入日)

※ の署名・捺印が無い場合は、参加出来ません。(署名欄の日付は記入日になります)

●【はい】にチェックがある場合のみ下記へ記入してください。

★【はい】に○のある方は医師の診断が必要です！ ※所見が無い場合は参加できません。

★医師より診断を受け記入してもらってください。 ※診断書の添付は不要です。

上記の人はシュノーケリングコースに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がシュノーケリングコースの参加に適した状態であるかどうかをお尋ねしているものです。

医師による診断

- シュノーケリングコース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。
- シュノーケリングコースをする事は進められません。

※該当するものにチェックをして下さい

所見 _____

※ 医師あるいは医師の法定代理人の署名

◆この病歴書は、個人情報を守る為、目的以外での使用は致しません。

主催 / 実施:アプリシエイト株式会社

〒904-0415

沖縄県国頭郡恩納村字仲泊929-1-601

(見本) アプリシエイト シュノーケリングコース参加申込書

シュノーケルを含むメニューはこの一枚の提出でかまいません。(体験ダイビングは除く)

・シュノーケリング + (・ドラゴンボート ・マリンジェット ・カヤック)

◆よく読んでから署名してください。

私共 (親権者名)※ 沖縄 太郎 / (参加される方のお名前)※ 沖縄 花子
 アプリシエイト株式会社が主催する「マリンスポーツ体験コース」へ参加するにあたり、提供されるマリンスポーツ体験についての説明を受け、内容を十分に理解したうえで参加することを承諾いたします。

私共(親権者及び参加者)は、マリンスポーツに参加させる/参加するにあたり、このマリンスポーツ体験が海やプールなどの水域で実施されることを理解しており、したがって安全のために指導員の指示にしたがうことに同意いたします。

私共は、このマリンスポーツ体験がスポーツであり、参加するためには健康でなくてはならないことを知っています。特に、耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、今までの病歴に関してはすべて指導員に説明し、もし不明な点、指導員の指示があった場合には、参加者が医師の診断を受けることに同意いたします。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加する条件であることを知っています。

私共は、当コース開催エリア外で発生した事故、または参加者自身の危険行為により発生した事故、指導員の指示に従わず発生した事故等で仮に最悪の事態などになっても、自分の責任であることを了解しています。

病歴書

あなたの現在の健康状態と過去の病歴に該当する項目に、お答えください。

- | | |
|---|---|
| 1. 現在、耳の感染症にかかっている。 | (<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ) |
| 2. 現在、副鼻腔炎や気管支炎を患っている。 | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 3. 呼吸器系疾患の既往症がある。(喘息、肺気腫、結核) | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 4. 心臓病の既往症がある。(心臓血管系疾患、狭心症、心臓発作) | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 5. 現在、出血が止まりにくい病気、またはその他の血液系の病気を患ったことがある。 | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 6. 突然気を失うことや、痙攣を伴うてんかんなどの病気を患っている、または病歴がある。 | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 7. 閉所恐怖症ですか？ または過去にパニック発作を起こしたことがある。 | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 8. 現在、普段の生活において健康面や精神面へ影響を与えるような問題がある。 | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |
| 9. 現在、上記に列記した病気やそれ以外の病気に対する何かしらの治療薬を服用している。 | (<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ) |

ここに記入した情報は私の知る限りにおいて真実であり、正確であることを誓います。

実施日 (西暦) 2013 年 6 月 1 日 (不明であれば記載不要)

学校名 沖縄第一中学校 2 年 3 組 20 番

生年月日 (西暦) 1999 年 1 月 1 日 年齢 [14 歳] 血液型 [A]

身長 [156 cm] 体重 [50 kg] 足のサイズ [24.0 cm] 視力:0.1以上ある はい いいえ

※ 参加者署名 沖縄 花子 2013 年 4 月 15 日

※ 親権者署名 沖縄 太郎 2013 年 4 月 15 日

※ の署名・捺印が無い場合は、参加出来ません。(署名欄の日付は記入日になります) ※印は必須

●【はい】にチェックがある場合のみ下記へ記入してください。

★【はい】に○のある方は医師の診断が必要です！※所見が無い場合は参加できません。

★医師より診断を受け記入してもらってください。 ※診断書の添付は不要です。

上記の人はシュノーケリングコースに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がシュノーケリングコースの参加に適した状態であるかどうかをお尋ねしているものです。

医師による診断

シュノーケリングコース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。

シュノーケリングコースをする事は進められません。

※該当するものにチェックをして下さい

所見 例) 特に不適格と見られるような所見はみられません。

※ 医師あるいは医師の法定代理人の署名

沖縄第二耳鼻科

医師: 比嘉 二郎 印

◆この病歴書は、個人情報を守る為、目的以外での使用は致しません。

主催 / 実施: アプリシエイト株式会社
 〒904-0415
 沖縄県国頭郡恩納村字仲泊929-1-601