

**(株)シーサー 沖縄自然体験プログラム
《参加承諾書》及び《健康調査票》**

【学校名】		年	組	番
フリガナ 【氏名】	【性別】	【生年月日】		
	男・女	年 月 日		

《参加メニュー》			
<input type="checkbox"/> スノーケリング	<input type="checkbox"/> バナナボート	<input type="checkbox"/> オーシャンカヤック	<input type="checkbox"/> ケラマ諸島 スノーケリング
<input type="checkbox"/> 体験ダイビング	<input type="checkbox"/> マーブル	<input type="checkbox"/> マングローブカヤック	<input type="checkbox"/> ケラマ諸島 体験ダイビング
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> リバートレッキング	<input type="checkbox"/> ホエールウォッチング	

《健康調査票》

※ 下記リストの中で該当するもの全てに☑を入れてご記入下さい。

いずれにも当てはまらない方はこちらに☑を入れて下さい ⇒

<input type="checkbox"/> ぜんそく 【最終発作】 20 年 月頃 【服薬】 有・無 【吸入器】 有・無
<input type="checkbox"/> 過呼吸 【最終発作】 20 年 月頃 【発作の原因】 ※ 精神的ストレスなど
<input type="checkbox"/> アレルギー症状 【アレルギーの種類】 【服薬】 有・無
<input type="checkbox"/> 現在(骨折・靭帯損傷・捻挫)している【怪我の箇所】 【運動制限】 有・無
<input type="checkbox"/> 高血圧【服薬】有・無 ※薬の名前を下記にご記入ください <input type="checkbox"/> 不整脈【通院中】有・無【服薬】有・無
<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病(1型・2型)
<input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> パニック障害
<input type="checkbox"/> 意識喪失の経験がある ※その原因を【備考欄】にご記入ください(原因不明の場合はその旨ご記入ください) <input type="checkbox"/> うつ病
<input type="checkbox"/> てんかん(てんかんだった方も含む) ※こちらの方はいかなる場合でも全てのマリン体験メニューに参加できません。ご理解の程よろしく願致します。
<input type="checkbox"/> 上記以外で現在通院されている方 ※病名と症状、または怪我の内容をご記入ください 【運動制限】 有・無
<input type="checkbox"/> 上記以外で現在お薬を服用されている方 ※お薬の名前・内容をご記入ください
【備考欄】 ※他に何か気になることがあればご記入ください 【運動制限】 有・無

《同意書》

- こちらの自然体験プログラムへの参加にあたり、各指導員の判断及び指示に従います。また、各指導員の指示に従わずに生じた怪我や障害に関しては私自身(参加者)が責任を負うものとし、(株)シーサー及び指導者個人に責任を問わない事を了承致します。
- 上記の「健康調査票」には、正直に知る限りの事を記入し間違いはありません。記入漏れにより発生した事態については私自身(参加者)が責任を負うことに同意します。
- 私はこの同意書の内容を理解し、下記「署名欄」に私自身が署名を致します。また、私の親権者または保護者にも同意を受けており、下記「署名欄」に親権者または保護者本人が署名している事に間違いありません。

【参加者署名】	日付	年	月	日
【親権者/保護者署名】	日付	年	月	日

株式会社シーサー
〒900-0001 沖縄県那覇市港町2-2-2 2F
TEL:098-866-4519 FAX:098-866-4518



※ 本紙は個人情報保護法により、メニュー実施後に廃棄処分いたします。