

株式会社 シーサー 沖縄自然体験プログラム
《 参加同意書 》及び《 健康調査票 》

【学校名】	年 組 番		
フリガナ	【性別】	【生年月日】	
【氏名】	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"/> マーブル	<input type="checkbox"/> オーシャンカヤック	<input type="checkbox"/> リバートレッキング
<input type="checkbox"/> 体験ダイビング	<input type="checkbox"/> その他()			

《 健康調査票 》

※ 下記リストの中で該当するもの全てに□を入れてご記入ください。

<input type="checkbox"/> ぜんそく 【最終発作】 20 年 月頃 【服薬】 有・無 【現在、吸入器を使用している】 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 ※ 薬の名前を備考欄にご記入ください	<input type="checkbox"/> 不整脈 【通院中】 有・無 【服薬】 有・無		
<input type="checkbox"/> 糖尿病(1型・2型)	<input type="checkbox"/> 蓄膿症	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎
<input type="checkbox"/> 気胸 【手術歴】 有・無	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> うつ病
<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をお願いいたします。		
<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お願ひいたします。			
<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・病名(症状)をご記入ください		
【運動制限】 有・無			
【備考欄】 ※ 上記以外でも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			

上記リストの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 ⇒

《 同 意 書 》

1. 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。
2. 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。
3. 私はこの同意書の内容を理解し、下記「署名欄」に私自身が署名をいたします。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

MARINE HOUSE
SEASIR MARINE CLUB **Berry**

※ 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。