

シーフォックス スノーケルスクール 確認書

◆良く読んでから署名してください。

私(参加される方のお名前) ※ _____ / (親権者名) ※ _____ は、
シーフォックス(株式会社エムズ)により、提供されるスノーケルスクール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、スノーケルスクールに参加させる/参加するにあたり、このスノーケルスクール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インストラクターの指示にしたがうことに同意いたします。

私共は、このスノーケルスクールがスポーツであり、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インストラクターに説明し、もし不明な点、インストラクター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、自分自身で危険を避ける努力をし、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 >

【はい】に○のある方はインストラクターと相談し、参加をご遠慮して頂く場合もあります！！

1. 現在風邪ひいている。 (はい ・ いいえ)
2. 現在うっ血している。 (はい ・ いいえ)
3. 耳の感染症にかかっている。 (はい ・ いいえ)
4. 発作、めまい、失神の既往症がある。 (はい ・ いいえ)
5. 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)
6. 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)
7. 現在、医師からの投薬を受けている。 (はい ・ いいえ)
8. 最近手術を受けた事がある。 (はい ・ いいえ)
9. 現在、医師のもとに通院している。 (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。

※ 参加者署名 _____ 年 月 日

※ 親権者署名 _____ 年 月 日

参加者のプロフィール

フリガナ

氏名: _____ 男 ・ 女 _____ 生年月日: _____ 年 月 日 歳

現住所: 〒 _____

電話番号: _____

緊急の連絡先:(勤務先等) _____

氏名: _____ 本人との関係: _____ 電話番号: _____

備考: _____

◆この病歴書等は、個人情報を守る為、目的以外での使用は致しません。