

～修学旅行マリン体験参加申込書～

参加日 平成 年 月 日

学校名		参加コース	
フリガナ		〒 -	
氏名		住所	
生年月日	年 月 日	才	性別 男・女 自宅電話
緊急連絡先		電話	
氏名		(携帯) 続柄	
身長	体重	※ シュノーケル・その他マリンメニューは、使い捨て コンタクト着用のまま参加いただけます。	
Cm	Kg		

※ 健康調査表 ※

この健康調査における回答は、あなたの参加するマリン体験メニューにおける安全性を判明するために必要な回答書となります。現在の健康状態により、参加されるメニューになんらかの支障が出る恐れのある場合は医師の判断による体験参加の承諾同意が必要となります。

※下記の項目に該当する場合は□に☑チェック印をご記入下さい。下記に該当する箇所が無ければ「□現在
いたって健康である」の□に☑チェック印をご記入下さい。

- 風邪をひいている 不整脈等の心臓疾患にかかったことがある 高血圧である
 てんかん・発作・痙攣を起こす事がある 結核・肺炎等の呼吸器系の病気にかかった事がある
 耳の病気・聴覚障害・平衡感覚障害になった事がある 耳または副鼻腔の手術を受けた事がある
 現在、通院中また処方箋による投薬をおこなっている その他、過去に病歴や手術の経験があり、現在の健康状態に影響がある 喘息である

□現在いたって健康である←※該当の場合、記入漏れ無いようお願いします。

※具体的な症状例を記入して下さい _____

上記該当する箇所の「□現在いたって健康である」以外の□に☑チェック印を記入した方は医師の診断による体験参加同意の承諾が必要です。※下記記載の同意承諾書名欄に医師の署名押印をご記入下さい。

医師の診断による体験参加の同意承諾書

日付 年 月 日 曜日

病院名	参加者 _____ 様は 今回のマリン体験の参加において支障があり ませんので体験参加に同意承諾いたします。
医師名 (印)	
住所	
TEL	



参加同意書



以下の内容をよく読んでいただき、承諾されましたら□欄に☑チェック印を入れて下さい。

- 当コースを利用の際は心身ともに健康であり健康管理は本人の責任において行います。
 各コース共に潜在的危険性を理解し、スタッフの監視下で行動し、身体の不調を感じたときは直ぐにスタッフ
に申し、自分自身及び他のメンバーの安全に対して責任ある行動をとります。
 天候不良その他安全の為にツアーの中断・変更・中止することがあることを承諾します。

日付	生徒署名	保護者署名
		(印)