

オーシャンスタイル体験学習 参加申込書

参加するコースを	シュノーケリング	ドラゴンボート	参加日	平成	年	月	日
○で囲んで下さい			男	女			
氏名	フリガナ	生年月日		平成	年	月	日
	漢字			年齢()才			
学校名					組	番	
緊急連絡先	住所			TEL			
	氏名			続柄			

身長(cm) 体重(kg) 足のサイズ(cm)
 視力(裸眼) (右=) (左=)

※ 健康調査について・・・下記、該当する番号を○で囲んで下さい

(下記項目の 1=現在治療中 2=現在違和感がある 3=過去に治療し現在は完治してる)

(1 2 3)鼻(副鼻腔)のトラブル (1 2 3)耳のトラブル(難聴、圧平衡の不調)
 (1 2 3)中耳炎など耳の感染 (1 2 3)ぜんそく (1 2 3)ひどい呼吸系のトラブル
 (1 2 3)その他呼吸系のトラブル (1 2 3)心臓障害 (1 2 3)その他循環器系のトラブル
 (1 2 3)てんかん (1 2 3)胃かいよう (1 2 3)ひんぱんな胃けいれん
 (1 2 3)アルコール中毒 (1 2 3)めまい、失神 (1 2 3)神経性過敏
 (1 2 3)閉所、高所恐怖症 (1 2 3)睡眠薬や薬品の常用

※ 現在ひんぱんな頭痛が(ある ・ ない)
 ※ 最近手術を受けたまたは病気した(ヶ月前) 病名()
 ※ 上記に当てはまらない異常がある方はどんな異常ですか()
 ※ 体育の授業を制限なく受講していますか(はい ・ いいえ)
 ※ 現在の健康状態(良 ・ 悪)

_____ 株式会社オーシャンスタイルと生徒との間で交わす誓約 _____

① マリンスポーツ等に参加する際、勝手な行動をとらない事を誓います
 ② 体調不良での参加や実施は絶対に行いません
 ③ 指示された事項は厳守します
 ④ 病歴の情報は間違いなくこの参加同意書の内容をすべて確認して保護者(親権者)と共に署名します

生徒(参加者)誓約署名() 印

_____ 保護者(親権者)の方へ _____

上記、①～③の誓約内容をよくお読み頂き同意した方は署名捺印をお願いします

保護者(親権者)同意署名() 印

(個人情報取り扱いについて)

当社は、マリンスポーツ参加の際にご提出された申込書等に記載された個人情報について、病歴確認等を行う際、貴方の旅行主催された 旅行代理店や貴方の学校関係機関へ提供させて頂く事がございます。 また事故やけが 何らかのトラブルに遭遇した際、対処する関係上、各関係機関、病院、警察署、消防署、保険会社等へ提供させて頂く事がございます。上記以外の目的で第三者への情報提供は一切行いません。