※　読み取れる字でていねいにご記入くださいますようお願いします。

X-TRIP 参加申込書・免責同意書

開催日 平成　　年　　月　　日　　開催場所　みんな島　せそこ島　ビーチ　眞栄田

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　S.H　　年　　月　　日生（　　歳）　男・女　未婚・既婚

〒
住所　　TEL／FAX
携帯電話
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　@

身長　　㎝　体重　　kg　視力 右　　左　　足のサイズ　　㎝

緊急連絡先
ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　続柄　　TEL／FAX

- 今までにシュノーケル・体験ダイビングをしたことがありますか？　□ある　□ない
- あると答えた方のみ記入　体験ダイビング回数　　回　シュノーケル回数　　回
- 一番最近のをご記入ください　　年　　月頃　場所

********** ツアー参加のための病歴・健康診断書 **********

（チェック項目によっては参加できない可能性もあります事ご了承ください）

※今日の健康状態はどうですか？　□良好　□風邪気味　□不調

※女性の方へ　現在妊娠している、またはその可能性がありますか？　□ある　□ない

あなたの現在・過去における病歴で、該当するもの全て正確に☑を入れて下さい。

□呼吸器系のトラブル	□鼻（副鼻腔）のトラブル	□耳のトラブル（難聴、圧平衡不調）
□ぜんそく	□肺炎	□自然気胸
□肺結核	□鼻炎、花粉症	□中耳炎などの耳の感染
□胃かいよう	□神経性過敏	□精神障害
□めまい・失神	□ひんぱんな頭痛	□捻挫、骨折
□心疾患	□高･低血圧	□腰痛、椎間板ヘルニア
□過呼吸	□不整脈	□肝臓障害
□糖尿病	□てんかん	□閉所、高所恐怖症
□薬品の使用	□アルコール中毒	□麻薬の使用
□喫煙	□乗物酔い	□以上のどれでもない

- あなたの病歴中、重傷のけがや入院、手術したことがある病気を全て書き出して下さい。
- あなたが現在服用している薬品類を全て書き出して下さい。
- 最後に受けた健康診断は　　年　　月　　胸部レントゲン検査日　　年　　月　　です。

********** 免 責 同 意 書 **********

私は、海には潜在的な危険性があることを十分承知しています。
自由意志で参加し自己責任においてマリン活動を行うことを誓い申し込みします。
参加期間中、万が一海の有害生物や私自身の不注意やスタッフの指示に従わず障害や死亡、その他事故が発生した場合、私自身、私の家族、後継者その他の関係者に対してマリンサービス側の責任が発生しないことに同意します。

※下記の□に☑を入れてください

□　別紙「各メニューの注意事項」に書かれた内容をよく読み確認しました。

私はこの免責同意書に署名する前に良く読み、内容を完全に理解し、自由意志により署名しました。

平成　　年　　月　　日

参加者署名

（未成年者は、保護者または親権者の署名が必要です）　保護者署名

担当ｲﾝｽﾄﾗｸﾀｰ署名　　参加　可　・　不可