

# ツアー参加申込み用紙

ウオーターアドベンチャーワールド ソードフィッシュ

参加日	年	月	日	宿泊先	
(フリガナ)					
代表者様 氏名				TEL	
現住所	〒				
緊急連絡先	氏名				続柄
	TEL				

### 【免責事項】

主催者<ソードフィッシュ>の管理下中と認められない間の事故・参加者の故意、犯罪行為、自殺行為による障害・地震、噴火、津波、洪水等の自然現象その他変乱に起因する事故・法律上の賠償責任に認められない事故に関しては当店では一切責任を負えません。時計、携帯電話、デジカメ等の貴重品や現金は、絶対にお持ちにならないようお願い致します。水没、または紛失した場合の責任は一切負えません。

### 【了解事項】

私は<ソードフィッシュ>の開催にするダイビングコースに自由の意志を持って参加するものであり、自己の責任を持ちダイビング活動を行う事を誓います。私は<ソードフィッシュ>の開催するツアーで万一障害、死亡その他の事故が発生した場合にも、私自身、私の家族、後継者、その他の関係者に対して<ソードフィッシュ>の責任が発生しないことに同意します。

### 【健康問診表】

参加者ごとに、本日の体調についてお答えください。

血液型・年齢	型	歳	型	歳	型	歳	型	歳	型	歳
何処も異常を感じられない	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
風邪気味	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
二日酔い	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
鼻が詰まる	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
めまいがする	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
腰痛	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
発熱 (微熱を含む)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
<現在・または過去における病歴で該当するものにチェックして下さい>										
鼻のトラブル (副鼻腔炎)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
耳のトラブル (中耳炎)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
ぜん息	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
肺炎	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
肺結核	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
自然気胸	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
呼吸器系 トラブル	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
心臓系 トラブル	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
アルコール 依存症	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
現在妊娠の 可能性がある	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO								
血圧について	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い
現在服用中のお薬										

上記でチェックされたかたは具体的な症状・病名をお書き下さい。

--	--	--	--	--	--

免責事項・了解事項の同意し、上記の記載内容はすべて事実であり、誤りのない事を誓います。

ご本人署名					
-------	--	--	--	--	--

担当