

海あしでい シュノーケリング申込書

申込年月日

平成 29 年 7 月 8 日

氏名

男 ・ 女

〒

自宅住所

自宅TEL

携帯TEL

メールアドレス

勤務先：学校名

緊急連絡先TEL

様方

生年月日

年

月

日

満

歳

血液型

RH

+

・

-

身長

cm

・体重

kg

・足のサイズ

cm

・視力

右

左

過去にシュノーケリングをしたことはありますか？

YES ・ NO

病歴

あなたの過去と現在の病歴で該当する項目の番号を○印で囲って下さい。

- | | | |
|---------------|-------------|----------------|
| 1. 手足の痛みや障害 | 7. 心臓障害 | 13. めまいや失神 |
| 2. 腰や背骨の痛みや障害 | 8. 肝臓障害 | 14. 息切れやぜん息 |
| 3. 耳の痛みや障害 | 9. 胃腸障害 | 15. 神経過敏・そううつ病 |
| 4. 鼻づまりの障害 | 10. 低血圧や高血圧 | 16. 閉所・高所恐怖症 |
| 5. 咽喉の痛みや障害 | 11. てんかん | 17. 薬品の常用（薬品名） |
| 6. 呼吸障害 | 12. 重い頭痛 | 18. 乗り物酔い |

その他病歴

誓約

私はシュノーケリング参加するにあたり、自分自身の病歴その他を明記し、現在およびこれからの自己健康管理を十分に行い、体の不調を感じた場合は直ちに指導員に申告し、指示を守り、そして安全については十分に気をつけて参加いたします。

万一、私事による事故が発生しても、その責任は全て私個人にあり、伊江村観光振興推進協議会関係者には一切何も請求しないことをここに誓約いたします。

年

月

日

参加者サイン

保護者サイン