

**タイガービーチリゾートクラブ(株)キープブルー**  
**教育旅行体験プログラム 参加申込書兼免責同意書**

参加日		平成 年 月 日	
参加するメニュー			
氏名	フリガナ	生年月日 平成 年 月 日	
	漢字	男 ・ 女 年齢 ( ) 歳	
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=            )

**健康状態 ( 良 ・ 悪 )** ←どちらかに○を必ずお願いします。

※健康調査について・・・以下の症状に該当する場合はその番号を○で囲み、医師より医師確認欄に署名・捺印を頂戴してください。医師の確認がない場合はご参加いただけません。(完治している場合は記入不要です)

- |                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1      耳のトラブル(難聴、圧平衡の不調)  | 7      てんかん                     |
| 2      中耳炎など耳の感染          | 8      めまい、失神                   |
| 3      ぜんそく               | 9      神経性過敏                    |
| 4      呼吸系のトラブル           | 10     閉所恐怖症                    |
| 5      心臓障害               | 11     睡眠薬や薬品の常用 (            ) |
| 6      循環器系のトラブル(胃けいれんなど) | 12     その他 (            )       |

※1～12の項目に該当する場合の詳細(            )

※最近(手術を受けた・病気をした)(平成 年 月)(内容            )

※上記にチェックされた方は**医師の了承**をかりつけの病院より病院名・医師の署名・捺印を頂戴してください。

病院名 (            ) 医師署名 (            ) 印

**誓約**

- ① 体調不良での参加は絶対に致しません。
- ② 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。
- ③ 参加者本人は、(株)キープブルーの開催するマリンメニューに、本人の意志を持って参加するものであり、インストラクターの安全管理指示及び指導に従い水中活動を行うことを誓います。マリンメニュー参加中に本人の責任により万一、障害・死亡・その他の事故が発生した場合、(株)キープブルーに責任が発生しないことに同意します。又、この書面が本人の署名(参加者が法的成人に達していない場合は保護者の署名)により免責同意書と同じ効力を有することにも同意します。

保護者(親権者)の方へ

上記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。

本人(参加者) 同意署名 (            ) 印

保護者(親権者) 同意署名 (            ) 印

(個人情報取り扱いについて) 当クラブは、修学旅行体験プログラム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、貴方の旅行を主催された旅行代理店や貴方の学校関係機関へ提出させて頂く事がございます。また事故やケガ、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場合がございます。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。

(株)キープブルー