



## WAIVER OF LIABILITY 免責同意書

氏名(ローマ字) \_\_\_\_\_ 性別 男 女  
Full name (print) : \_\_\_\_\_ Sex : Man Woman  
生年月日月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年(西暦) \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
Date of birth : Month \_\_\_\_\_ / Day \_\_\_\_\_ / Year \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
国籍 日本 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_  
Nationality : Japan Russia Indonesia Other( \_\_\_\_\_ ) Height : \_\_\_\_\_ cm

### ご注意 / NOTICE

- 参加するお客様は年齢が9歳以上または身長が140cm以上で健康な方に限ります。  
You must be 9 years old or older, 140cm or taller, and must in good condition.
- 参加するお客様は薬物、アルコールの影響下にならないようにしてください。  
You can't be under the influence of any drugs or alcohol.
- もし18歳未満の方が参加する場合は、参加前に保護者の同意が必要となります。  
If you are under 18 years old, you must have your guardian's signature before participating in the Seawalker activity.
- 妊娠されている方はシーウォーカーに参加出来ませんのでご了承ください。  
If you are pregnant, you can't participate in the Seawalker activity.

### 健康調査 / HEALTH CHECK

該当する項目がありましたら✓印を付けインストラクターに相談してください。

Check ✓ box and consult with your instructor, if you have one of the following conditions.

- |   |   |
|---|---|
| ① <input type="checkbox"/> 妊娠中である。<br>You are pregnant.   | ⑦ <input type="checkbox"/> 耳の病歴がある。<br>You have / had an ear infection recently.            |
| ② <input type="checkbox"/> 海水に対してアレルギーがある。<br>You have any allergies to salt water.                         | ⑧ <input type="checkbox"/> 現在鼻が詰まっている。<br>You have a congested nose now.                    |
| ③ <input type="checkbox"/> 心臓に関する病歴がある。<br>You currently have heart problem or heart disease.               | ⑨ <input type="checkbox"/> 最近病気をしたり手術を受けた。<br>You have currently had an illness or surgery. |
| ④ <input type="checkbox"/> 肺や呼吸器の病歴がある。<br>You currently have lung or respiratory organ problem.            | ⑩ <input type="checkbox"/> 医師のもとに通院している。<br>You are currently under a doctor's care.        |
| ⑤ <input type="checkbox"/> 発作やマヒ、めまいをおこしやすい。<br>You have a risk for heart attack, paralysis or dizzy spell. | ⑪ <input type="checkbox"/> 医師に薬を処方されている。<br>You ordered to make medication for an illness.  |
| ⑥ <input type="checkbox"/> 現在副鼻腔の病気がある。<br>You currently have a sinus problem.                              | ⑫ <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。<br>You are claustrophobic.                             |

私は私自身の意思でシーウォーカーに参加し、インストラクターの安全管理指示に従うことを約束します。またシーウォーカーに参加したことで起こりえるあらゆる損害について、私および私の関係者は主催会社およびインストラクターまた資格認定団体に対していかなる損害賠償もしないことに同意します。私はこの免責同意書が私の署名、または私が法的成人に達していない場合は保護者の署名をもって免責同意書と同じ効力を有することにも同意します。

I hereby agree that I am participating in the Seawalker activity at my own free will and risk, and abide by the instructor's safety control instructions. I further agree that I, my family, relatives, and/or acquaintance will not make any claim against. PT. WISATA JALAN LAUT (BALI Seawalker), the instructor or the manufacturer of this product (THE KCOMPANY) and indemnify the above mentioned for any damages or injuries I may sustain from the Seawalker equipment due to negligence on my part. I agree by my participation and signature, or in case I am not legally an adult, my guardian's signature on this WAIVER OF LIABILITY, that any legal actions or claims taken against the companies mentioned above will be heard and settled only in the courts of the territory of Bali.

参加者署名 \_\_\_\_\_ 参加日 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_  
Participant's signature \_\_\_\_\_ Activity date Month \_\_\_\_\_ / Day \_\_\_\_\_ / Year \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_ 参加日 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_  
Guardian's signature \_\_\_\_\_ Activity date Month \_\_\_\_\_ / Day \_\_\_\_\_ / Year \_\_\_\_\_

# A TRUE BALINESE EXPERIENCE



ご署名される前にご一読ください。

お一人様最高US\$ 150.000の事故保険

私は、以下に記載された、このアクティビティの保険適用の条件を全て読み理解、同意したことを認めます。

- ▲ 私がこのアクティビティツアーに参加している間、使用する道具類は、遂行会社の所有物であり、アクティビティツアー終了後には、すべての道具類を返却する責任を負います。
- ▲ このツアー中のお客様の持ち物の紛失や破損に関しましては、遂行会社は一切の責任を負いません。
- ▲ このツアープログラム参加中の人、動物、自然要因に関連する危険性を認識します。
- ▲ この保険は、4歳から70歳までのお客様に起こったいかなる事故も保証するものです。この保険では、3歳以下または71歳以上のお客様に関しては、責任を負いかねます。
- ▲ この保険の適用期間は、ツアー遂行地へ向けてホテルを出発された時点から、ツアー終了後、ホテルへ戻られるまでの間とします。
- ▲ 当保険の支給額には上限があります。当保険 “PT. JASARAHARJA PUTERA PERSONAL ACCIDENT INSURANCE POLICY” の保険番号は、07.00.56.09.00086/11.09.0060で、限度額の詳細は以下のとおりです：

0 事故による死亡 ..... : US\$ 150.000  
0 後遺症 (最高) ..... : US\$ 150.000  
0 治療費 (最高) ..... : US\$ 20.000

NO	NAME (お名前)	NATIONALITY (国籍)	HOTEL (ホテル)	SIGNATURE (ご署名)