

代表者名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

性別 (男・女) 生年月日 (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

宿泊先ホテル _____ ルームナンバー _____ 号室

同行者名 全員 (ローマ字で記入してください。)

1 _____ (男・女) (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

2 _____ (男・女) (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

3 _____ (男・女) (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

4 _____ (男・女) (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

5 _____ (男・女) (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

6 _____ (男・女) (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

★ツアー参加者はアルコールの影響下にならないようにして下さい。アルコール摂取後は全てのアクティビティのご参加をご遠慮いただきます。その際には料金のご返金はいたしかねますのでご了承ください。代表者の方が責任をもって同行者の方にご通知をお願いします。

★私自身の意思でアクアマリン主催のアクティビティに参加し、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。また各アクティビティに参加したことで起こり得る様々な損害について、私及び私の同行者、関係者は、貴社及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賠償請求もしないことに同意します。私はこの参加申込書が私の署名、あるいは私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。

代表者署名 _____ 参加日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●下記に該当する項目がある時はご相談下さい。

発熱がある。寒気、悪寒を感じる。

サイナス (副鼻腔) の病歴がある。

肺や呼吸器の病歴がある。

心臓に関する病歴がある。

投薬を受けている。

妊娠中である。

アレルギー体質である。

耳の病歴がある。

発作やマヒ、めまいを起こしやすい。

医師のもとに通院している。

閉所恐怖症である。

最近病気をしたり手術を受けた。