成年・一部未成年（中学生以上）

参加確認書

BSAC Dive with friends SNORKELLING

メニュー（コース）名

☐ **船でしか行けない神社でシュノーケリングツアー**

☐ **愛南町ビーチシュノーケリングツアー**

☐

参加者の情報

参加者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　年齢：＿＿＿＿

住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

確認事項　よく確認しご記入下さい。

①私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、スノーケリングについての説明を受けて十分に理解し、下記の内容を確認した上で参加致します。

②私は、事前に配布され説明を受けたスノーケリングガイドマニュアルに記載のある危険性を十分に理解しており、開催担当者、ガイド、インストラクターの指示に従う事に同意します。

③私は、このプログラムを提供する開催担当者の管理指示や、スノーケリングガイドマニュアルの内容に従わなかったために生じた事故及び私の不注意等が原因で発生した事故による損害については、全て私の責任であることを理解し、上記プログラムを提供する施設、店舗、ガイド、インストラクター、開催担当者、旅行会社およびBSAC JAPANに対しても責任の一切を問わない事を承諾します。

④私は、上記で選択したプログラムが海や湖、プールなどの水域で実施されることを理解しており、安全のために開催担当者、ガイド、インストラクターの指示に従うことに同意します。

⑤私は、スノーケリングに参加するためには健康でなくてはならないことを理解しています。耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、今までの病歴に関しては全て 開催担当者、ガイド、インストラクターへ説明し、不明な点があったり、開催担当者、ガイド、インストラクターの指示があった場合には、医師の診断を受けることに同意します。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加条件であることを理解しています。

⑥私は、下記のメディカルチェックへの記入内容は真実であり、正直に記入したものである事を保証致します。また、現在の健康状態についても、下記のように、開催担当者、ガイド、インストラクターへ必ず報告をします。

メディカルチェック

「はい」または「いいえ」どちらかに〇を付けてください。「はい」に〇がある方は、状況によってご参加いただけないこともございますので予め、ご理解くださいますようお願いいたします。

[はい ・ いいえ] 耳鼻や呼吸器系ならびに循環器系に障害はありますか？

[はい ・ いいえ] 運動能力や精神面に影響する薬（眠気が出る薬、精神科の薬など）を服用しておりますか？

[はい ・ いいえ] 今までに意識消失・失神・けいれん・てんかんなどの発作を起こしたことはありますか？

[はい ・ いいえ] 怪我・骨折・手術などにより、腰や四肢に障害がありますか？

私は上記の内容をよく読み、自分自身の自由意思をもってこの確認書に署名いたします。

参加者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　日付：＿＿＿＿＿＿＿＿

※参加者が未成年者（19歳以下）の場合には、この確認書に親権を持つ保護者の署名が必要となります。

私は、参加者（私の子供）が上記確認事項を正確に理解しており、メディカルチェックの記載が正しいことを保証し、この参加申し込みを行うことに同意致します。

親権を持つ保護者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　日付：＿＿＿＿＿＿＿＿

＊お客様の個人情報は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 及びBSAC JAPANが、Cカード管理上の使用目的か コースのご案内や、サービス提供の目的以外に使用することはございま