マリン（マリンジェットとバナナボート）体験参加承諾書及び健康調査票

参加承諾書

マリン（マリンジェットとバナナボート）体験において、自然環境下では指導員の注意義務を超える潜在的リスクが存在することを認識し、下記の注意事項を全て遵守いたします。

■参加における注意事項　**※1～6の注意事項を必ずお読みいただき参加承諾にご署名下さい**（ご承諾がない場合は参加出来ません）

1. 安全講習をよく聞き、理解することに努めます。また、これに基づいた行動を怠りません。
2. 参加中は自己の行動に責任を持ち、他参加者の安全を脅かす言動は行いません。
3. 安全確保上、各指導員及び関係スタッフの指示が重要であることを認識し、真摯に従います。
4. 健康調査票には真実を記入します。また、参加当日まで健康管理には細心の注意を払います。
5. 海上講習中は指導員及び生徒同士と接触したり、至近距離になることや救助必要時には指導員と接触することを予め了承します。
6. 私は自分自身の危険行為や指導員の指示に従わず発生した事故で私が被った損害については、沖縄体験ニライカナイ（株式会社ニライカナイ）とその関連会社、指導員及び関係スタッフに賠償責任を問わないことを約束します。

記入日	年　月　日			▸**黒ペンで全て記入し、訂正事項は二重線を引き捺印して下さい** ▸**本人署名は参加者本人、保護者署名は保護者が記入して下さい**	
学校名				クラス	年　組　番
フリガナ 氏名 【本人署名】	年齢（　　）			性別	男　・　女
器材用サイズ記入欄	身長:　cm	体重:　kg		※冬季（12～2月）は、ウェットスーツを準備します。	
保護者または親権者署名・捺印	㊞		緊急連絡先		

※サイズが空欄の場合は器材の準備が出来かねます。必ずご記入下さい。

健康調査票

現在、治療中の疾病や症状について「いいえ」も含め、あてはまる項目全てに〇印をご記入下さい。
「はい」や病名に一つでも〇印がある方は、医師の診断による参加承諾が必要です。

※参加20日前までに、下記「医師の診断による証明書」又は医師の診断書の提出がない場合は、お引受が出来ません。
また、お医者様からの注意事項等に記入がある場合において、弊社で対応出来ない場合もお引受が出来ません。

	治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状	該当項目全てに〇印をつけて（または記入）下さい					
1	意識障害を起こすことがある **※てんかんの方は医師の許可にかかわらず参加出来ません。**（完治された方は「いいえ」に〇をつけて下さい）	いいえ	てんかん	ひきつけ	けいれん	発作	その他
2	呼吸器系の病気がある **※喘息の方は下記にもご記入下さい。**	いいえ	喘息	気管支炎	肺炎	気胸	その他
	喘息の持病のある方は、最後の発作日と服薬及び吸入器の有無を記入下さい。	最後の発作　年　月頃			服薬：有　無　／　吸入器：有　無		
3	体育の授業や水泳の授業を受けることを医師に止められている	いいえ	はい	※止められている理由を具体的に			
4	海水アレルギー、紫外線アレルギーである **※ゴムアレルギーの方は弊社にお問合せ下さい。** **※アレルギーの症状により参加出来ません。**	いいえ	はい	※具体的に			
5	上記以外の病気または怪我（骨折、捻挫、脱臼）等の理由で通院し治療中である **※風邪、頭痛、花粉症、甲状腺疾患、食物アレルギー等の方で、体育や水泳の授業を受けることを参加当日まで医師に止められていない方も「いいえ」に〇をつけて下さい。**	いいえ	はい	※病名または骨折、捻挫、脱臼した部位			

※「はい」や病名に一つでも〇印がある方は、下記の医師の診断による参加承諾証明書が必要です。
てんかんで治療中の方は医師の診断による参加承諾証明書があっても参加出来ません。

確認印：

※上記が必要時はご連絡いたします

※下記は医師の方のみ記入

（※1か2に〇印をご記入下さい）

医師の診断による参加承諾証明書

1. マリン体験に不適格であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
2. マリン体験をする事はすすめられません。

お医者様からの注意事項等記入欄

【　　】

年　月　日　　医療機関名:

医　師　名:　　㊞

沖縄体験ニライカナイ　沖縄県国頭郡恩納村山田3111 TEL098-964-1616 FAX098-964-1617

確認日：

■この参加承諾書と健康調査票は、個人情報を守るため、今回の目的以外には使用しません。

220818

記入見本

（マリンジェットとバナナボート）体験参加承諾書及び健康調査票

参加承諾書

マリン（マリンジェットとバナナボート）体験において、自然環境下では指導員の注意義務を超える潜在的リスクが存在することを認識し、下記の注意事項を全て遵守いたします。

■参加における注意事項　**※1～6の注意事項を必ずお読みいただき参加承諾にご署名下さい**（ご承諾がない場合は参加出来ません）

1. 安全講習をよく聞き、理解することに努めます。また、これに基づいた行動を怠りません。
2. 参加中は自己の行動に責任を持ち、他参加者の安全を脅かす言動は行いません。
3. 安全確保上、各指導員及び関係スタッフの指示が重要であることを認識し、真摯に従います。
4. 健康調査票には真実を記入します。また、参加当日まで健康管理には細心の注意を払います。
5. 海上講習中は指導員及び生徒同士と接触したり、至近距離になることや救助必要時には指導員と接触することを予め了承します。
6. 私は自分自身の危険行為や指導員の指示に従わず発生した事故で私が被った損害については、沖縄体験ニライカナイ（株式会社ニライカナイ）とその関連会社、指導員及び関係スタッフに賠償責任を問わないことを約束します。

記入日	２０２２　年　９月　１５　日			▸黒ペンで全て記入し、訂正事項は二重線を引き捺印して下さい ▸本人署名は参加者本人、保護者署名は保護者が記入して下さい	
学校名	○○県立△△△高校			クラス	２　年　２　組　１８　番
フリガナ 氏名 【本人署名】	タナカ　タロウ 田中　太郎　　年齢（　１７　）			性別	男・女
器材用サイズ記入欄	身長：１７０cm	体重：６０　kg		※冬季（12～2月）は、ウェットスーツを準備します。	
保護者または親権者署名・捺印	田中　花子　田中印		緊急連絡先	090-****-****（母携帯）	

※サイズが空欄の場合は器材の準備が出来かねます。必ずご記入下さい。

健康調査票

現在、治療中の疾病や症状について「いいえ」も含め、あてはまる項目全てに○印をご記入下さい。
「はい」や病名に一つでも○印がある方は、医師の診断による参加承諾が必要です。

※参加20日前までに、下記「医師の診断による証明書」又は医師の診断書の提出がない場合は、お引受が出来ません。
また、お医者様からの注意事項等に記入がある場合において、弊社で対応出来ない場合もお引受が出来ません。

	治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状	該当項目全てに○印をつけて（または記入）下さい					
1	意識障害を起こすことがある **※てんかんの方は医師の許可にかかわらず参加出来ません。**（完治された方は「いいえ」に○をつけて下さい）	いいえ	てんかん	ひきつけ	けいれん	発作	その他
2	呼吸器系の病気がある **※喘息の方は下記にもご記入下さい。**	いいえ	喘息	気管支炎	肺炎	気胸	その他
	喘息の持病のある方は、最後の発作日と服薬及び吸入器の有無を記入下さい。	最後の発作　２０２０年　２月頃			服薬：有　無　／　吸入器：有　無		
3	体育の授業や水泳の授業を受けることを医師に止められている	いいえ	はい	※止められている理由を具体的に			
4	海水アレルギー、紫外線アレルギーである **※ゴムアレルギーの方は弊社にお問合せ下さい。** **※アレルギーの症状により参加出来ません。**	いいえ	はい	※具体的に			
5	上記以外の病気または怪我（骨折、捻挫、脱臼）等の理由で通院し治療中である **※風邪、頭痛、花粉症、甲状腺疾患、食物アレルギー等の方で、体育や水泳の授業を受けることを参加当日まで医師に止められていない方も「いいえ」に○をつけて下さい。**	いいえ	はい	※病名または骨折、捻挫、脱臼した部位			

※「はい」や病名に一つでも○印がある方は、下記の医師の診断による参加承諾証明書が必要です。
てんかんで治療中の方は医師の診断による参加承諾証明書があっても参加出来ません。

確認印：

※上記が必要時はご連絡いたします

※下記は医師の方のみ記入

医師の診断による参加承諾証明書

（※1か2に○印をご記入下さい）

1. マリン体験に不適格であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
2. マリン体験をする事はすすめられません。

お医者様からの注意事項等記入欄

【　　】

２０２２　年　９　月　１７　日　　医療機関名：○○クリニック

医　師　名：鈴木　一郎　鈴木印

沖縄体験ニライカナイ　沖縄県国頭郡恩納村山田 3111 TEL098-964-1616 FAX098-964-1617

確認日：

■この参加承諾書と健康調査票は、個人情報を守るため、今回の目的以外には使用しません。

220818