

アクティビティ参加申込書・同意書

- 私は、私の参加するツアーが自然を利用して行なわれるものであり、自然による危険性、ツアー中の予測困難な事由が起り得る場合もあること、また参加中に自分又は他人の行為により身体上の損害、危険を受ける場合もあることを理解・認識した上で同意し、参加を致します。
- 私は、貴社の選択する医療機関への移送・治療・緊急の処置に要した治療費を負担致します。
- 私は、万が一、身体的傷害、損傷が生じた場合の補償は貴社の加入している保険範囲内とし、主催、企画運営会社及び他の参加者に対して責任を問わず、自己の責任において処理を致します。
***補償内容:国内旅行傷害保険1名あたり 通院日額 1,500 円、入院日額 3,000 円、死亡・後遺障害額300 万円**
- 私は、主催するツアーガイドの指示及び主催会社による安全指導に従います。ツアーを安全に行なうための健康状態について質問です。ご心配な点がございましたらスタッフにお知らせ下さい。(事前申告がなく、万が一、事故が発生した場合の責任は負いかねます。)
- ツアー催行中に撮影した写真の提供はカメラの不具合等によりデータをお渡しできない場合もあります。その際にも返金等はございませんのでご了承願います。

該当する項目にチェック・記入をして下さい。※該当項目がある場合は参加できません。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓または呼吸器の疾病・疾患がある。又は高血圧症である | <input type="checkbox"/> 身体的なハンディキャップがある |
| <input type="checkbox"/> てんかん・失神等の発作性・突発性疾患がある | <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性がある |
| <input type="checkbox"/> アルコールを摂取した。又は現在酒気を帯びている | <input type="checkbox"/> アレルギーがある() |
| <input type="checkbox"/> 現在骨折・捻挫等をしている。過去に脱臼をしたことがある | <input type="checkbox"/> 体調についての不安がある() |

私は上記内容すべてを確認、承諾してツアーに参加致します。

ツアー参加日	20 年 月 日	参加メニュー	<ul style="list-style-type: none"> ● クリアカヤック ● ファットバイク ● シュノーケリング ● ナイトシュノーケリング ● クリアSUP ● SUPヨガ ● 苔の回廊 ● スノーシュー ● アイスウォーク ● 千年ミズナラ
フリガナ			
参加者氏名	※保護者氏名 *18歳未満の方は保護者署名が必要です..		
本人連絡先	生年月日	年	月 日
住所	(〒 -)		
緊急連絡先	アクティビティに参加されない方の連絡先をご記入下さい。 緊急事態発生時のみ使用致します。 電話番号 氏名		

※一緒にアクティビティに参加されるご家族がいらっしゃる場合、下にご記入ください。

同行家族も上記内容を全て確認、承諾してツアーに参加します。

氏名	生年月日	年	月 日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()		
氏名	生年月日	年	月 日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()		
氏名	生年月日	年	月 日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()		
氏名	生年月日	年	月 日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()		

アクティビティツアーで当社が撮影した写真などを SNSなどの広報活動に使用させていただくことがございます。ぜひ、ご協力おねがいします！

- 使用可 後ろ姿や遠景の画像であれば使用可 使用不可

《個人情報の取り扱いについて》

弊社及びアクティビティ関係業者は、個人情報の保護に関する法律を順守し、個人情報の適正な取り扱いと保護に努めます。参加者より提供された個人情報(参加者氏名・健康状態・保護者氏名)はアクティビティプログラム参加同意の確認にのみ使用し、その他の使用及び第三者への提供、開示等は一切いたしません。