

責務の権利放棄書

フルネーム(ローマ字で): _____

誕生日: _____ 年齢: _____ 身長(cm) _____

ホテル _____ お部屋番号 _____ 旅行会社 _____

現在のご住所: _____

ご自宅の電話番号: _____ 緊急時の電話番号: _____

注意

1. 参加者は10歳以上で身長が140cm、健康状態は良好な方に限ります。しかし子供用ヘルメットサポーターの着用を条件として、8才以上で健康で身長が120cm以上あり、ヘルメットがきちんと着用できる保護者同伴のお子様は参加を認める場合もあります。
2. アルコール、薬物使用の状態ではご参加いただけません。
3. 20歳未満のご参加には、必ず保護者のサインが必要です。
4. 妊娠中の方はこのコースへの参加をお控えください。

健康状態・病歴について

(✓) 以下の当てはまるすべての項目にチェックし、あなたのインストラクターに相談してください。

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| 1. | ☐ | 私は風邪をひいています。鼻が詰まっています。 |
| 2. | ☐ | 私はかつて膿漏(膿が絶えず流れ出る状態)の症状があったことがあります。 |
| 3. | ☐ | 私は耳の病気になったことがあります。 |
| 4. | ☐ | 私は最近(過去に)肺または呼吸器の病気にかかりました(かかったことがあります)。 |
| 5. | ☐ | 私は最近(過去に)心臓の病気にかかりました(かかったことがあります)。 |
| 6. | ☐ | 私は発作、麻痺状態、めまいになりやすい体質です。 |
| 7. | ☐ | 私は薬物・薬剤を使用しています。 |
| 8. | ☐ | 私は妊娠しています。 |
| 9. | ☐ | 私は閉所恐怖症です。 |
| 10. | ☐ | 私は最近病気になりました、または手術を行いました。 |
| 11. | ☐ | 私は外科医の診察を受けています。 |
| 12. | ☐ | 私はアレルギーがあります。 |

私はシーウォーカー・コースに自身の責任で参加することに同意します。私はインストラクターの指示に忠実に従います。さらに私、私の家族、親戚や友人は私がシーウォーカーに参加して起きた、いかなる全ての損害・損失について、あなたの会社、インストラクター、または資格団体(the Kcompany)に賠償請求をしないことに同意します。私はここにサインをし、同意します。私が未成年者の場合は、保護者のサインを持って、賠償請求をしないことに同意します。保護者のサインも本人のサイン同様の効力を持ちます。

参加者サイン

日時

保護者サイン

日時