

# ツアー参加申込み用紙

OCEANS/新原海底観光センター

参加日 (フリガナ)	年	月	日	宿泊先	
代表者様 氏名				TEL	
現住所	〒				
緊急連絡先	氏名				続柄
	TEL				

## 【免責事項】

主催者<OCEANS>の管理下中と認められない間の事故・参加者の故意、犯罪行為、闘争行為、自殺行為による障害・地震、噴火、津波、洪水等の自然現象その他変乱に起因する事故その他法律上の賠償責任に認められない事故に関しては当店では一切責任を負えません。

時計、携帯電話、デジカメ等の貴重品や現金は、絶対にお持ちにならないようお願い致します。

お持ち込みされた場合に故障、水没、盗難、紛失などがあっても当店では一切の責任を負いかねますのでご自身の責任の上でお持ち込みくださいませ。

## 【健康問診表】

<参加者ごとに、本日の体調についてお答えください。>

血液型・年齢	型	歳	型	歳	型	歳	型	歳	型	歳
体調が悪い	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
風邪気味	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
二日酔い	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
鼻が詰まる	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
めまいがする	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
腰痛	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
発熱 (微熱を含む)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

<現在・または過去における病歴で該当するものにチェックして下さい>

副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
中耳炎	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
ぜん息	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
肺炎	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
肺結核	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
自然気胸	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
呼吸器系トラブル	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
心臓系トラブル	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
アルコール依存症	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
現在妊娠の可能性 がある	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
現在アルコールを 摂取している	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
血圧について	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い
現在服用中のお薬										

<上記でチェックされたかたは具体的な症状・病名をお書き下さい。>

上記以外の病歴	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
具体的に										

<お体のご不自由な方ご報告下さい。できる限りの対応をさせていただきます。>

具体的に	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
具体的に										

上記の記載内容はすべて真実であることを認め、免責事項を了承しました。

<OCEANS>の開催するツアー中のケガや事故に関しては、当社で保険に加入しております。

ただしツアー開始前・終了後の海水浴等によるケガや事故に関しては一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。

ご本人署名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当