

グッドフェローズクラブ シュノーケルツアー申込書

氏名	ふりがな	性別	男性 ・ 女性
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
住所	ふりがな	電話番号	() —
	〒	携帯番号	— —
E-mail	PC		
	携帯電話		
緊急連絡先名		緊急連絡先電話番号	() —
宿泊先名		滞在期間	/ ~ / (泊 日)
器材サイズ	身長 /	体重 /	足のサイズ /
	cm	kg	cm 右 左
紹介者	スカイツアーズ スカイツアーズ沖繩 エスティワールド トラベルネットサービス アラマンダ アトールエメラルド タウンガイド ホームページ その他()		

今後、グッドフェローズクラブ及び提携店ダイビングクラブAQUA GIFTより、お得なスキューバ情報やツアー情報をお知らせさせて頂く場合がございます。お知らせが不要な方は、恐れ入りますがチェックボックスにチェックをお願い致します。

©個人情報の取り扱いについて・本申込書でお客様からお預かりする住所・氏名・電話番号・E-Mailアドレス等の個人情報は、商品・サービス情報の提供・ご案内・収集、商品サービスの提供、利用状況、利用実態、利用ニーズその他の商品・サービスの情報の提供・収集・分析、またはお問い合わせに対して使用するものであり、その他の理由で使用することはありません。
・お預かりした個人情報は弊社提携店に上記利用目的に応じて提供する場合がございます。提供手段・方法として電子媒体・アナログ媒体などとなります。

シュノーケリングツアー参加に関する病歴及び承諾書

貴方は下記の病気や病状を経験したことがありますか。ある病状には○を、ない場合にはNOに○を付けて下さい。

☆ 中耳炎 内耳炎 外耳炎	(いつ頃)	(歳頃)	NO
☆ 脳挫傷 脳梗塞 脳出血 めまい てんかん	(いつ頃)	(歳頃)	NO
☆ 結核 喘息 気管支炎	(いつ頃)	(歳頃)	NO
☆ 心臓病 狭心症 高血圧 低血圧	(いつ頃)	(歳頃)	NO
☆ 閉所恐怖症	(いつ頃)	(歳頃)	NO
☆ 半年以内に手術・事故・中毒などで治療されたことがありますか？	(病名)		NO
☆ 常用しているお薬があれば、薬の名前をお書き下さい。	(薬の名前)		NO
☆ 女性の方へ、現在妊娠中ですか？	(いつ頃)	(歳頃)	NO
☆ 現在の健康状態はシュノーケリングツアーに参加しても差し支えない状態でしょうか		YES	NO
☆ シュノーケリングのご経験はありますか？	初めて	回目	
☆ 25m連続で泳ぐことは出来ますか？		YES	NO

シュノーケリングは水面で特殊な呼吸方法によるスポーツであることを認識し、参加にあたっては自分自身の行動について責任を負い、下記の事項について承諾し署名致します。

1. シュノーケリングツアー参加中の健康管理は自己責任の上、体調不良の際には事前に知らせます。
2. シュノーケリングツアー参加中はインストラクター・ボートマスターの支持に従います。
3. シュノーケリングツアー参加中は魚介類の採捕や餌付けはしません。
4. 海洋気象状況等の理由でシュノーケリングツアーを変更・中止することを承諾致します。

承諾期間 年 月 日 ~ 月 日

署名 _____

スタッフ署名 _____