

福井県海浜自然センター スノーケリング体験講座 申込書

参加年月日	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日

参加は2回まで可能です。
講座に参加される年月日を記入
してください

フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日 (歳)	血液型	型 ・ RH 型
自宅住所	〒 (-)				
連絡のできる電話番号					
E-mail					
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号		
緊急連絡先住所	〒 (-)				
スノーケリング経歴 (記入日: 年 月 日)					
経 験	なし ・ あり [今までに () 回 ・ () 回/年 ・ () 年続けている]				
泳 力	泳げない ・ 25m以上 ・ 100m以上				
足が届かない場所	絶対ダメ ・ 怖い ・ 怖くない ・ わからない				
当センターの受講歴	なし ・ マスターしよう ・ 食見海岸探検 ・ クリーンアップ 海域公園スノーケリング ・ 少人数(入門) ・ 少人数(海中散歩)				
器材の貸出希望					
器材の貸出	初心者	安全管理のため、原則として、海浜自然センターの器材を使用させていただきます。身長・体重・足のサイズ、マスクの欄にご記入ください。			
	経験者	すべて必要 ・ すべて必要ない (ウエットスーツ・ブーツ・マスク&スノーケル・フィン) が必要			
身長	cm	体 重	kg	性 別	男 ・ 女
足のサイズ	cm	スノーケリング用マスク	度なし ・ 度付き		
<p>※ ご記入の数値等にもとづき器材を用意します。</p> <p>※ 流ししてもよいコンタクトレンズを着用すれば、度付きのマスクでなくても活動できます。</p> <p>※ <u>指示理解やコミュニケーション、更衣室の利用について配慮が必要な方は事前にお申し出ください。</u></p>					
記入いただいた個人情報は、当センターにおいて厳重に管理し他の目的には一切使用しません。					

健康チェック（記入日： 年 月 日）

該当する項目に○をつけてください。

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1. 最近投薬を受けている | 1 0. 頻繁に頭痛がしたり、偏頭痛がある |
| 2. 呼吸器系のトラブルや病歴がある | 1 1. 風邪をひきやすい、気管支炎になりやすい |
| 3. 麻痺状態やめまい、失神等の病歴がある | 1 2. 高血圧の病歴がある |
| 4. 循環器系（心臓血管系）の病歴がある | 1 3. 出血しやすい。または出血関連の不調がある |
| 5. 最近、病気をしたり手術を受けた | 1 4. 耳の手術を受けたことがある |
| 6. 耳鼻系の病歴がある | 1 5. 胸の手術を受けたことがある |
| 7. ゼンソク、肺気腫、結核等の病歴がある | 1 6. 現在、医師の元に通院している。または慢性の病歴がある。 |
| 8. 耳のトラブルにあったことがある | |
| 9. 神経系が不調である。 | 1 7. 1～1 6のどれでもない |

※ 健康チェックは、スノーケリングを安全に行うために、職員や指導員などが把握する必要がありますので、正確に記入してください。健康チェック提出後に変更があれば、ご連絡ください。

スノーケル体験講座参加誓約書

福井県海浜自然センター 所長 様

私は、福井県海浜自然センターが開催するスノーケリング体験講座を受講する際、受講期間中の不慮の疾病や生命にかかわる重大な事故などが起こりうることを自覚し、自分自身で危険を避ける努力を行うとともに、医師の診断を受けるなど健康管理を万全にして参加します。

参加するにあたり、申込書に書いた経歴等は、私の知りうる限り真実であり、仮に最悪の事態等になっても、すべて自己の責任として主催者には迷惑をかけないことを誓います。

また、受講中は指導員および海浜自然センター職員の指示に従い、天候、他の参加者事故等により、途中で中止する場合がありますことを承諾します。

年 月 日

参加者住所

参加者氏名（自署）

（参加者が20歳未満の場合）保護者氏名