



シーウォーカー 体験申込書

西海観光船

〒798-4205

愛媛県南宇和郡愛南町 船越 1599

西海観光船をご利用頂きまして、ありがとうございます。
太枠内のご記入をお願いします。

- ・満10歳以上の、身長120cm以上で健康な方
- ・小学生は「保護者の同意、同伴」が必要です
- ・18歳以下の方は「保護者の同意、署名」が必要です
- ・参加時、過去8時間以内に薬物/アルコールの影響下にならないようして下さい
- ・参加後、24時間以内に航空機搭乗や1000mを超える高所への移動をお控え下さい
- ・妊娠中/疑いのある方、気胸の経験がある・喘息をお持ちのお客様は参加をお断りさせていただきます



体験申込書

※お一人様 1枚ご記入ください

健康問診 該当箇所にチェックをお願いします

該当項目・状況によりまして、体験をお断りさせていただく場合もございます。ご了承ください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 風邪をひいている、鼻がつまっている | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である |
| <input type="checkbox"/> 投薬を受けている | <input type="checkbox"/> 発作や、マヒ、めまいを起こしやすい |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔の病歴がある | <input type="checkbox"/> 肺や呼吸器の病歴がある |
| <input type="checkbox"/> 耳の病歴がある(中耳炎等) | <input type="checkbox"/> 心臓に関する病歴がある |
| <input type="checkbox"/> 現在、耳鼻科にかかっている | <input type="checkbox"/> 喘息を持っている。または気胸の経歴がある |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中、またはその可能性がある | <input type="checkbox"/> 最近、大きな病気をしたり、手術を受けた |
| | <input type="checkbox"/> 現在、肺や呼吸器、心臓に関する症状で医師のもとに通院している |

体験同意書 よく読んでご署名ください

私は、自分の意志でシーウォーカーを体験し、インストラクターの指示に従うことを約束します。自然環境の中での体験であるため、自分あるいは他人の作為・不作為・不注意により、財産上及び身体上の損害、損失、生命の危機にいたる危険性があり、認知出来ない危険が潜むことも承知します。本体験に関する写真、映像の著作権、肖像権は運営会社に帰属することに同意します。ここに記載されている内容が、注意書きにとどまるものではないことを理解して、私の署名（18歳以下の場合、保護者署名）により法的な効力を有することにも同意します。

(フリガナ)
体験者署名

日付 年 月 日

生年月日 年 月 日 年齢 満 才

住所

☎ Tel

緊急連絡先 (氏名)

☎ Tel

(18歳以下の場合) 保護者署名

年 月 日