

フライボード 免責同意書（健康調査票）

本日は、フライボードにご参加頂きありがとうございます。

お客様に安全かつ楽しく行って頂く為に、以下の内容を十分ご理解頂き、ご署名くださいませ。

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

自宅 TEL _____ 緊急連絡先 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 足サイズ _____ cm 性別 男/女

はじめに

1. 満 12 歳以上、身長 140 cm 以上の健康な方に限ります
2. 参加時には、薬物、アルコール影響下にならないようにしてください
3. 未成年者は保護者の署名が必要です
4. 妊娠中の方は、ご参加をご遠慮くださいませ

病歴書

下記事項において該当するもの全て正確にチェックしてください。

- | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 風邪を引いている、鼻が詰まっている | <input type="checkbox"/> 投薬を受けている |
| <input type="checkbox"/> 鼻の病歴がある | <input type="checkbox"/> 妊娠中である |
| <input type="checkbox"/> 耳の病歴がある | <input type="checkbox"/> 最近、病気をしたり、手術を受けた |
| <input type="checkbox"/> 肺や呼吸器の病歴がある | <input type="checkbox"/> 医師のもとに通院している |
| <input type="checkbox"/> 心臓に関する病歴がある | <input type="checkbox"/> 1年以内に骨折やむち打ち症をしたことがある |
| <input type="checkbox"/> 発作・マヒ・めまいを起こしやすい | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを使用している |

* 下記内容を良く読んでご署名ください *

私は、私自身の意思でフライボードに参加し、インストラクターの安全管理指示に従うことを約束します。

又、フライボードに参加したことで起こりうるあらゆる損害について、私は、インストラクター及び資格認定団体に対して、いかなる賠償請求もしないことに同意します。

私は、この免責同意書が私の署名、あるいは私が法的成人に達していない場合は、保護者の署名により免責同意書と同じ効力を有することに同意します。

上記の記載内容は全て事実であり、全て正確に記入していることを誓います。

上記の記載内容を自己で把握し体調管理をし、インストラクターの安全指導を守り体験することを約束します。

参加者署名 _____ 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者署名 _____ 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日