

アクティビティ参加申込書・同意書(積丹)

1. 私は、私の参加するツアーが自然を利用して行なわれるものであり、自然による危険性、ツアー中の予測困難な事由が起こり得る場合もあること、また、参加中に自分又は他人の行為により身体上の損害、危険を受ける場合もあることを理解・認識した上で同意し、参加を致します。
2. 私は、貴社の選択する医療機関への移送・治療・緊急の処置に要した治療費を負担致します。
3. 私は、万が一、身体的傷害、損傷が生じた場合の補償は貴社の加入している保険範囲内とし、主催、企画運営会社及び他の参加者に対して責任を問わず、自己の責任において処理を致します。

補償内容:国内旅行傷害保険 1名あたり

通院日額 1,500 円、入院日額 3,000 円、死亡・後遺障害額 300 万円

4. 私は、主催するツアーガイドの指示及び主催会社による安全指導に従います。
ツアーを安全に行なうための健康状態について質問です。ご心配な点がございましたらスタッフにお知らせ下さい。(事前申告がなく、万が一、事故が発生した場合の責任は負いかねます。)

● 該当する項目にチェック・記入をして下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓または呼吸器の疾病・疾患がある。又は高血圧症である | <input type="checkbox"/> 身体的なハンディキャップがある |
| <input type="checkbox"/> てんかん・失神等の発作性・突発性疾患がある | <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性がある |
| <input type="checkbox"/> アルコールを摂取した。又は現在酒気を帯びている | <input type="checkbox"/> アレルギーがある () |
| <input type="checkbox"/> 現在骨折・捻挫等をしている。過去に脱臼をしたことがある | <input type="checkbox"/> 体調についての不安がある () |

5. アクティビティツアーで当社が撮影した映像、写真等は、広報活動(広告媒体・パンフレット・Web サイト等)に使用することがあります。

私は上記内容すべてを確認、承諾してツアーに参加致します。

ツアー参加日	20 年 月 日	参加メニュー	クリアカヤック シュノーケリング 青の洞窟
フリガナ			
参加者氏名	※18歳未満の方は保護者署名が必要です	※保護者氏名	
本人連絡先		生年月日	年 月 日
住所	(〒 -)		
●ご本人以外の連絡先をご記入下さい。緊急事態時のみ使用致します。			
緊急時連絡先氏名		緊急時連絡先電話番号	
Eメール(任意)		メール配信(不定期) 希望・不要	
オーシャンデイズを何でお知りになりましたか？			
<input type="checkbox"/> リピーター <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 宿泊先() <input type="checkbox"/> 友人・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 雑誌() <input type="checkbox"/> その他()			

《個人情報の取り扱いについて》

弊社及びアクティビティ関係者は、個人情報保護に関する法律を順守し、個人情報の適正な取り扱いと保護に努めます。参加者より提供された個人情報(参加者氏名・健康状態・保護者氏名)はアクティビティプログラム参加同意の確認にのみ使用し、その他の使用及び第三者への提供、開示等は一切いたしません。

〈ツアー主催会社〉

株式会社 オーシャンデイズ 〒066-0281 北海道千歳市支笏湖温泉番外地

TEL 0123-25-4133 FAX 0123-25-3335

同行家族も確認、承諾してツアーに参加します。

● 該当する項目にチェック・記入をして下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓または呼吸器の疾病・疾患がある。又は高血圧症である | <input type="checkbox"/> 身体的なハンディキャップがある |
| <input type="checkbox"/> てんかん・失神等の発作性・突発性疾患がある | <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性がある |
| <input type="checkbox"/> アルコールを摂取した。又は現在酒気を帯びている | <input type="checkbox"/> アレルギーがある() |
| <input type="checkbox"/> 現在骨折・捻挫等をしている。過去に脱臼をしたことがある | <input type="checkbox"/> 体調についての不安がある() |

同行家族名		生年月日	年	月	日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()				
同行家族名		生年月日	年	月	日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()				
同行家族名		生年月日	年	月	日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()				
同行家族名		生年月日	年	月	日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()				
同行家族名		生年月日	年	月	日
体調チェック	チェック項目について 該当なし ・ 該当あり()				

《個人情報の取り扱いについて》

弊社及びアクティビティ関係業者は、個人情報の保護に関する法律を順守し、個人情報の適正な取り扱いと保護に努めます。参加者より提供された個人情報(参加者氏名・健康状態・保護者氏名)はアクティビティプログラム参加同意の確認にのみ使用し、その他の使用及び第三者への提供、開示等は一切いたしません。

〈ツアー主催会社〉

株式会社 オーシャンデイズ 〒066-0281 北海道千歳市支笏湖温泉番外地

TEL 0123-25-4133 FAX 0123-25-3335