

マリンスポーツ参加同意書・承諾書

本日は、プライベートビーチツアーにお申込みいただきまして誠にありがとうございます。

ツアーに参加をされるお客様は、下記を必ずお読みになり、同意頂けたら、にマークをご記入ください。

ご記入いただけない場合、参加をお断りする場合がございますので予めご了承ください。尚、その場合における返金対応には応じかねます。

- 私は、参加当日にアルコールを摂取しておりません。また二日酔いでありません。
- 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。
- 私は、万が一、身体的傷害、損傷、死亡を含むあらゆる 障害賠償責任が生じた場合の補償は HOLLY CAMP の加入している保険範囲内とし、ガイド、主催者、及び他の参加者に対して責任を問わず、当社加入の損害賠償保険以上の損害賠償請求は起こさず、いかなる告訴、告発、控訴提起も永久に放棄する事に同意します。
- 補償内容:国内旅行傷害保険 1 名あたり
通院日額 3,000 円、入院日額 5,000 円、死亡・後遺障害額 500 万円
- 上記の個人及び団体が、私あるいは私の家族、相続人、受遺者その他の利害関係人から、このツアーへの私の参加を原因とするいかなる請求も受けないようにすることに同意します。
- 身の回り品・貴重品について、主催者は盗難・紛失・破損に対し、責任は負いません。貴重品、その他の荷物管理は自身で行ないます。
- 私は、ツアー参加中は、ガイド・スタッフの指示・安全指導に従います。ガイド・スタッフによりツアー参加に不適切 と判断された場合も、その指示に従います。
- 私は、妊娠中または妊娠の可能性はありません。
- 私は、この免責同意書に署名する時点で成年に達しているか、または親権者の同意書を得ていることを確認し、ここに記載されている条件が契約であって単なる注意書にとどまるものではないことを理解しています。
- 私は、この免責同意書の署名にあたり内容を熟読し、十分理解しております。
- 下記病歴の項目を正確に確認し、私自身の意思で参加します。

病歴に該当する項目がありましたら、下記にチェックを入れてください。その病気が完治しており、プログラム参加にまったく支障がなければチェックしなくて結構です。

該当する項目がある方は、医師の診断書が必要になる場合があります。具体的にご記入下さい。

- 副鼻腔の病歴がある。(現在含む) 発作、麻痺、めまいを起しやすい。 肺や心臓、呼吸器の病歴がある。(現在含む)
循環器系の病歴がある。(現在含む) 極度の閉所恐怖症である。 アレルギーがある。 最近手術を受けた。
投薬を受けている。 医師のもとに通院している。 てんかんがある。 糖尿病である。 その他()

※病歴にチェックを入れた方 具体的に(病名、いつ頃)

* 署名は必ず参加者本人が記入してください。代筆の場合、本人同意の上記入したとみなします。

※この書面が私の署名により免責同意書と同じ効力を有することを同意します。

20 年 月 日

参加者ご署名 :

ご住所 : 〒

ご連絡先 TEL :

③未成年(18歳未満)の場合は、保護者様にてご署名をお願いいたします。

保護者様(代筆署名) :