

株式会社協栄 [カヌー・スラロームセンター] プログラム参加誓約書 兼 保護者同意書

1 名につき 1 枚ご記入をお願いします。ご家族(お住まい・緊急連絡先が同一)でご参加される場合は、代表者(保護者)がまとめて 1 枚ご記入頂き、本書下部の同行者欄にお連れのご家族の情報を記載ください。

株式会社協栄 御中

私は株式会社協栄が主催するプログラムへの参加にあたり、以下の事項について誓約いたします。

- ・ 私は株式会社協栄が主催するプログラムに、自分の意思に基づいて参加します。
- ・ 私はこのプログラムには潜在的な危険が伴い、私自身が怪我(後遺傷害・死亡含む)に遭遇する可能性があるため、スタッフの指示に従い、積極的に安全管理に協力します。
- ・ 本日、プログラムへ参加するにあたり飲酒はしておらず、健康状態は良好で、妊娠もしくは妊娠の可能性はありません。プログラム参加中に体調不良となった場合は、速やかにスタッフに申し出て参加を取り止めます。
- ・ プログラム参加時に撮影された写真や動画を、広報や広告宣伝のためにカヌー・スラロームセンターのウェブサイト、SNS、印刷物等に使用することを認めます。
 ※写真や動画の使用が不可の場合は、右記にチェックを入れて下さい【 使用を承諾しません 】

記入日(参加日) 年 月 日

参加者氏名(自署) _____

保護者同意欄

私は上記参加者がプログラムに参加することに同意し、に署名します。

保護者署名

※参加者が右記の年齢以下の場合、保護者の署名が必要です(ラフティングツアー:高校生以下/カヌー体験:中学生以下)。この他はプログラムごとに設定しているので、ウェブサイトでご確認ください。

参加プログラム いずれかに✓	<input type="checkbox"/> ラフティングツアー <input type="checkbox"/> カヌー体験 <input type="checkbox"/> その他()
-------------------	--

代 表 者	氏名	(フリガナ)	生年月日 西暦	年 月 日 (才)
	住所	〒 -	電話番号	
	安全管理上の質問	① 5年以内に脱臼(だっきゅう)をしたことがある はい・いいえ ② 高血圧・心臓疾患・喘息・てんかんなどの慢性的な持病がある はい・いいえ →「はい」の方は詳細を記載ください() ③ その他、プログラム参加に際して気になることあればぜひ教えて下さい。 ()		
	緊急連絡先 ※緊急時に連絡が出来る施設外にいらっしゃる方の連絡先をご記載ください			
	氏名	(フリガナ)【続柄 】	電話番号	
同 行 者 (住 所 ・ 緊 急 連 絡 先 が 同 一)	氏名	生年月日	参加誓約署名(自署)	安全管理上の質問
	楷書で明瞭に記載ください	西暦	対象者は保護者同意サイン	該当有無をチェックしてください
		年 月 日 (才)		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(①・②)
		年 月 日 (才)		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(①・②)
		年 月 日 (才)		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(①・②)
	年 月 日 (才)		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(①・②)	

※取得した個人情報は、当社個人情報管理ポリシーに基づき厳重に取り扱い、プログラム参加時の事故等発生時の対応及び新型コロナウイルス感染拡大防止以外の用途では使用いたしません。