一般社団法人日本ろう者スキー協会
　会長 殿

強化合宿参加誓約書

一般社団法人日本ろう者スキー協会主催の強化合宿参加申込みに際し、私は下記の病歴書を正確に確認し、自己の責任において参加を表明します。また、強化合宿期間中に私自身の責任により起こり得るあらゆる損害について一切の責任が一般社団法人日本ろう者スキー協会に発生しないことに同意します。

この書面が私の署名（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も同意します。

【基本情報】

氏名：　　生年月日：(西暦)　　年　　月　　日　年齢：　　歳

現住所：

TEL/FAX：　　E-Mail：

緊急連絡先（連絡先氏名）　TEL/FAX：　　（　　）

【健康問診票】

該当する症状に印をつけてください。

☐ 肺や呼吸器の病歴がある　　病名　　いつごろ
☐ 心臓に関する病歴がある　　病名　　いつごろ
☐ その他循環器系の病歴がある　　病名　　いつごろ
☐ てんかん、発作、麻痺を起したことがある、またはめまいを起こしやすい（これらを抑える薬を飲んでいる）
　　症状
☐ 花粉症、アレルギーがある　　原因物質
☐ 喘息あるいは運動時にぜいぜいする もしくは したことがある　いつごろ
☐ 糖尿病である　　HbA1c：　　%,　薬物療法　有・無,　薬剤名：
☐ 最近病気をした もしくは 手術を受けた　　病気・手術内容
☐ 医師のもとに通院している　　なぜ
☐ 外傷、骨折をしている もしくは後遺症がある　どこを　　いつごろ
☐ 投薬を受けている　　何の
☐ その他

参加者署名：　　日付：(西暦)　　年　　月　　日

【未成年者の場合】

保護者署名：　　日付：(西暦)　　年　　月　　日

未成年者は、保護者の署名（同意）が必要です。
上記問診項目に該当項目がある場合は、メディカルチェック診断結果の写し（但し強化合宿参加１年以内に受診したものに限る）をご提出ください。メディカルチェック未受診の方、あるいは最後の受診から一年を過ぎた方は、強化合宿に参加するまでにメディカルチェックを必ず受診してください。

※本誓約書に記載した個人情報等については、第三者に開示、漏洩、もしくは目的外に利用はしません。

2021 年 6 月 13 日