

平成21年度 B & G「海洋体験セミナー」
申 込 書

平成 年 月 日

ブルーシー・アンド・グリーンランド財団 殿

私は、B & G「海洋体験セミナー」に参加にあたり、要項に書いてある規則を守り、スタッフの指示に従い、活動に積極的に参加し、B & G「海洋体験セミナー」の目的達成のため最大の努力をすることを誓い、申し込みをします。

●申込み者欄 ※申込者氏名以外保護者の方の代筆可

所 属	一般申込み			写真を貼って ください (スナップ写真可) 縦3.5cm×横3cm
フリガナ 申込者氏名	(自 著)			
性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	平成 年 月 日生 (歳)	
本 籍 地			学 年	小学 中学 () 年
日程及び発着空港 (※空港に○)	A. 平成21年7月22日(水)～7月26日(日) / 中部国際・福岡 B. 平成21年7月26日(日)～7月30日(木) / 羽田①・伊丹 C. 平成21年8月2日(日)～8月6日(木) / 新千歳・仙台 D. 平成21年8月17日(月)～8月21日(金) / 羽田②・岡山			
フリガナ 申込者住所	〒			
電 話 / F A X	電 話		F A X	
Eメールアドレス	(個人・学校・その他)			
身 長	cm		体 重	kg

●保護者欄 ※緊急時の連絡先として、保護者の方が必ずご記載ください。

フリガナ 保 護 者 氏 名			
フリガナ 保 護 者 住 所	〒 -		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
そ の 他 緊 急 時 連 絡 先	※上記以外に連絡先がある場合、ご記入ください。 連絡先 : TEL :		

- (注) 1. 「所属」：海洋センター・海洋クラブから推薦の場合は、推薦団体から名称・連絡先、コードの記載を受けてください。
 2. 「学年」：申し込み時の学年としてください。
 3. 「住所」：都道府県名から正確に記入し、フリガナも忘れず記入してください。
 4. 「Eメールアドレス」：申込者と連絡可能なアドレスがある場合記入して下さい。
 5. 「個人情報」：本申込書に記載された個人情報の取扱いについては、実施・募集要項「19.個人情報の取り扱いについて」をご参照ください。

平成21年度 B&G「海洋体験セミナー」
同意書

平成 年 月 日

ブルーシー・アンド・グリーンランド財団 殿

私は、申込者（氏名 _____）がB&G「海洋体験セミナー」に参加することに同意し、本人が申込書記載の誓約事項に違反し、貴財団又は他の参加者に迷惑をかけたか、損害を及ぼした場合には、申込者と連帯してその責を負うことに同意します。

また、下記の保険内容及びその補償範囲、並びにその他の記載項目に同意し、この件につき一切の異議申し立てをいたしません。

保 護 者	氏 名				印
	生年月日	大・昭	年	月	日生（ 歳）
	参加者との関係			連絡先 Tel	

※ 必ず20歳以上の保護者または保護者に準じる方がご記名、ご捺印ください。

※ お手数ですがお手元に必ず複写（コピー）をお取り置きください。

～参加者の保険内容について～

<同意書に関する説明>

B&G財団と旅行代理店では、参加者の安全を第一と考え本事業を実施いたしますので、事故などに関する心配はご無用かと存じますが、万が一の場合に遺漏のないよう、各団体ごとの責任で、下記のとおり保険を付保して万全を期しておりますので、お申し込みの際に必ずご確認ください。

なお、本書類の提出をもって、下記の保険内容及び補償内容を承諾したものとさせていただきます。

<保険内容表>（予定）

保険付保団体	保険名	保険内容	
B & G財団	賠償責任保険 / 身体	1事故につき 3億円	
		1名につき 5千万円	
	賠償責任保険 / 財物	1事故につき 5千万円	
		国内旅行傷害保険 / 死亡・後遺傷害	1名につき 1千万円
		/ 入院保険日額	1名につき 3,000円
/ 通院保険日額	1名につき 2,000円		
旅行企画実施旅行代理店	特別補償制度 / 死亡・後遺傷害 / 入院	1名につき 1千500万円	
		1名につき 20万円	

※ 上記保険の補償額はいずれも上限です

なお、上記の保険内容を更に充実させたいとお考えの場合は、個々に保険会社の旅行傷害保険等にご加入ください。

【重要】 B&G財団では、参加者の安全を第一と考え、万全の体制にて運営しておりますので、活動中における事故などに関する心配はご無用かと存じますが、万が一のけが、病気等が発生した場合に、医療機関への受診を迅速に行うため、上記「保護者または保護者に準ずる方」は、参加期間中、参加者に発生した疾病に係る、医療受診の判断に関する権限を、B&G財団に委任することへ、ご承諾のうえ、お申し込みいただくものとします。

なお、本書類の提出をもって、前記内容を承諾したものとさせていただきます。

<注意> (1) セミナー参加者全員が上記保険の対象となります。

(2) 上記保険は、原則としてセミナーの受付から解散時まで発生した事故が対象となります。医療費等は、後日保護者または保護者に順ずる方に、ご請求させていただく場合がございます。

(3) 傷害保険の対象は、怪我（骨折・打撲・裂傷等）のみとなり、病気（風邪・乗り物酔い・日射病等）は対象外となります。従って病気等の場合は、個人の「健康保険証」にてご対応いただくこととなりますので、必ず「健康保険証」（写し 複写状況が明瞭で、記載事項に折り目等がかかっていないもの）をお持ちください。 以上

健康診断書 補足資料 **秘**

本資料は健康診断の参考資料となるほか、参加中、万一の際に現地において速やかに医師の診察を受ける際の処置、診断の基礎資料となるものです。記載内容を他にもらすことはございませんので、保護者の方があらかじめ下記内容を記入のうえ健康診断をお受けください。

平成 年 月 日記入

申込者氏名	フリガナ			※ 記入不要
				組 班 番
身長	体重	足のサイズ	血液型 (いずれかに○) / A・B・O・AB・不明	
cm	kg	cm	/ RH + ・ - ・ 不明	

1. 参加申込者について、下記の質問にお答えください。

(1) 該当する場合のみ、項目を○で囲み詳細をご記入ください (複数回答可)

- ① 出生時の大きな異常 (内容:)
- ② 過去に長期入院や大きな手術の経験 (歳時 病名等:)
- ③ 過去の健康診断における異常所見 (歳時 所見:)
- ④ 次のうち、現在又は過去の発症または診断、治療歴
 - a. てんかん (歳時: 治癒・治療中)
 - b. 熱性けいれん (歳時: 治癒・治療中)
 - c. 喘息 (歳時: 治癒・治療中)
 - d. 慢性気管支炎 (歳時: 治癒・治療中)
 - e. アトピー性皮膚炎 (歳時: 治癒・治療中)
 - f. 薬物等アレルギー (歳時 反応薬等:)
 - g. 食品アレルギー (歳時 反応源等:) (症状:)
- ⑤ 現在影響がある上記以外の特筆すべき症状等
 - (症状: 処置法:)
 - (症状: 処置法:)

(2) 現在の状態について、該当項目を○で囲み詳細をご記入ください (複数回答可)

- ① 健康と考える
- ② 年に数回経過観察診断を受診している (詳細:)
- ③ 日常継続して薬品を服用している (薬品名:)
※薬品は参加時に忘れずに持参させてください
- ④ 定期的に治療のため医療機関に通院している (詳細:)
- ⑤ 医師により運動の一部を制限されている (詳細:)
- ⑥ 年 1 回程度以上の発作症候が見られる (詳細:)
- ⑦ 学校生活又は日常生活に一部支障がある (詳細:)
- ⑧ 通学、通園に一部支障がある (詳細:)

(3) 伝染性疾患等のり患の経験等について、該当項目を○で囲みお答えください

- ① はしか (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ② ふうしん (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ③ 水ぼうそう (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ④ おたふく風邪 (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ⑤ 破傷風 (a. 過去に予防接種済 b. 予防接種していない)

2. ご家族、ご親族について該当項目を○で囲み、詳細をご記入ください

- (1) 若くして病死なされた方がいらっしゃいますか (いる・いない 続柄: 病名:)
- (2) 次の病歴をお持ちの方がいらっしゃいますか
 - ① 高血圧 (脳溢血、半身不随) ② 心臓病 ③ 糖尿病 ④ 腎臓病 ⑤ てんかん ⑥ 結核
 - (いる・いない 続柄: 病名:)
 - (いる・いない 続柄: 病名:)

3. 海洋体験セミナーの参加に際し健康面で特に注意して欲しいと思われる点がございましたら

ない・ある 詳細:

平成21年度 B & G「海洋体験セミナー」
健康診断書

診 断 書

氏名・性別 _____ 男 ・ 女

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

住 所 _____

《診断》 視力 (視覚) 異常が 有 ・ 無
聴 力 異常が 有 ・ 無
血 圧 (_____ mg h g)
尿 蛋白 (_____) ・ 糖 (_____) ・ 潜血 (_____)

病 名 (既往症) _____

概 評 (特記事項)

上記の者、聴診・打診・触診等の結果、本診断において特段の異常所見を認めず、
団体生活や学校体育等（水泳含む）と同程度の運動を行う場合において、特に支障
がないと判断いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

診断医師

印