

平成 17 年度海洋体験学習 B & G 「体験クルーズ」 (様式 1)
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 財団の「体験クルーズ」に参加した場合には、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「体験クルーズ」の目的達成のために最大の努力をすることを誓い、申し込みをします。

所 属	■海洋センター・クラブ名 (コード)				写真を貼って ください (スナップ写真可) 縦 3. 5 cm × 横 3 cm
フリガナ	■連絡先電話番号 ■担当者名				
申込者氏名	(自著)				
性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日	日生 (歳)	
集合解散場所	1. 晴海埠頭 2. 新千歳空港 3. JR 盛岡駅 4. JR 仙台駅 5. JR 新潟駅 6. JR 越後湯沢駅 7. JR 名古屋駅 8. JR 新大阪駅 9. JR 岡山駅 10. 福岡空港				
学 年	小学 () 年	身 長	cm	体 重	Kg
学 校 名					国 籍
フリガナ					
申込者住所	〒 [][][][] - [][][][][]				
電話 / FAX	電 話		F A X		
Eメール	(個人・学校・その他)				
ラッシュガードサイズ	S S (140 cm以下)		S (155 cm)	F (165 cm)	X L (175 cm超)
募集情報入手先	ポスターチラシ・新聞 (新聞名:) Web (サイト名:) ・その他 ()				

保護者欄 ※必ずご記入ください。

私は、B & G 「体験クルーズ」の主旨に賛同し、上記の者が参加することに同意いたします。 なお、上記の申込者が参加した際、万一、要項に記載の規則に違反し、貴財団又は他の参加者に迷惑をかけ、損害を及ぼした場合には、要項記載の違反者への処置を受けることを承認し、併せてその補償の責を負うことに異存ありません。 以上のとおり誓約いたします。	
平成 年 月 日	フリガナ <u>保護者氏名</u> 印
フリガナ	
保護者住所	〒 [][][][] - [][][][][]
電話 / FAX	電 話 F A X

- (注) 1. 「所属」: 海洋センター・海洋クラブから推薦の場合は、団体名称・連絡先、コードの記載を受けてください。
 2. 「学校名」: 学校名及び学年は、申し込み時の名称・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. 「ラッシュガードサイズ」: 乗船後ラッシュガード (海洋性スポーツ活動時に使用) を配付いたしますので、ご希望のサイズを○で囲んでください。

平成 17 年度海洋体験学習 B & G 「体験クルーズ」 (様式 2)
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、海洋体験学習B&G「体験クルーズ」に参加するに際し、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り、損害を及ぼしたりした場合には、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。

同意人	住所	都府 道県		
	氏名	印		
	生年月日	大・昭	年 月	日生 (歳)

※ 本書は、20歳以上の保護者又は保護者に準じる方が記入してください。

※ 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。

重 要

事業実施に際しては、参加者の安全を第一と考えて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、事業期間中に万が一のけが、病気等が発生した場合の取り扱い等について、下記のとおりご案内いたします。本書に記名・捺印いただく際に、必ず下記の記載内容をご確認ください。

1. 期間中の医療機関への受診判断の委任について

事業期間中に万が一のけが、病気等が発生した際に医療機関への受診を迅速に行うため、同意人は、期間中発生した傷害、疾病に係る「医療機関受診の判断に関する権限」を、主催者にご委任いただきます。

本書の提出をもって、同意人は本項を、ご承諾いただいたものとなります。

2. 期間中の医療費の取り扱いについて

事業期間中に軽度なけが、病気等が発生した場合は、下記のとおり、お取り扱いさせていただきます。

本書の提出をもって、同意人は本項を、ご承諾いただいたものとなります。

(1) 期間中の医療費	(2) 期間終了後の医療費
軽度なけが、病気等の医療費は、主催者が負担します。但し、緊急手術、緊急輸送等が発生した場合は、同意人にご負担願います。	解散後は、原則としてご本人の負担とさせていただきます。
参加の際に、必ず健康保険証の写し(複写状況が明瞭で、記載事項内容に折り目等がかかっていないもの)を、お持ちください。	

3. 期間中の保険内容について

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、ご確認ください。

本書の提出をもって、同意人は下記の主催者等が付保する保険内容及び補償内容を、ご承諾いただいたものとします。

(1) 保険内容表(予定)

保険付保団体	保険名及び保険内容	補償内容(上限)
事業主催者 (B&G 財団)	【主催者賠償責任保険】 (主催者責任担保) / 身体	1事故につき9億円
	/ 財物	1事故につき3億円
	【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	日 額 6,000円
主催旅行業者 (主催旅行社)	通院	日 額 4,000円
	賠償責任	1名につき500万円
	救援者費用	1名につき100万円
海運会社 (日本チャータークルーズ)	【主催旅行保険】 死亡・後遺傷害	1名につき1千万円
	入院見舞金	1名につき2~20万円
海運会社 (日本チャータークルーズ)	【船客傷害賠償責任保険】	1事故につき600億円
		1名につき1億円

(2) 上記記載の保険内容に関する補足説明

- ①参加者全員が上記保険の対象者となります。
- ②受付から解散時(晴海~父島~晴海)までに発生した事故が補償対象となります。
- ③保険内容の更なる充実をお考えの場合は、個々に損害保険会社の旅行傷害保険等にご加入ください。

(3) 主催者が付保する国内旅行傷害保険に関する補足説明

- ①補償内容は、けが(骨折・打撲・裂傷等)のみで、病気は対象外となります。
- ②保険金は保険会社から同意人に支払われます。それに伴い、保険会社への保険金の請求、受領、並びこれらの遂行に必要な手続きを、同意人に行っていただく場合があります。

平成 17 年度海洋体験学習 B & G 「体験クルーズ」 (様式 3)
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 有 ・ 無
聴 力 異常 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

診断医師

医療機関名

印

「体験クルーズ」健康診断書 補足資料^秘 (様式4)

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	血液型 (いずれかに○) / A・B・O・AB・不明
cm	kg	/ 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:)
(症状:)
 - 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:)
 (続柄: 病名:)

3. 参加に際し健康面で特に注意して欲しいとお考えの点がございましたか (ない・ある)

詳細: _____

