

※「センター・クラブからの申込み」「その他申し込み（一般）」どちらかに○を記入

申し込み区分 **センター・クラブ** / **一般**

(様式1)

平成24年度 B & G 「体験クルーズ」
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 ※無い場合 記入不要	■センター・クラブ名 ■連絡先電話番号 ■資料発送先住所・所属		■センター・クラブコード ■県コード ■担当者名	
フリガナ 申込者氏名				写真を貼ってください (スナップ写真可) 縦3.5cm×横3cm
性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳)	
学校名				学年 小学 中学 () 年
集合解散場所 ※番号に○記入	1. 晴海埠頭 (東京) 2. 新千歳空港 3. 盛岡駅 4. 仙台駅 5. 名古屋駅 6. 新大阪駅 7. 岡山駅 8. 福岡空港			
フリガナ 申込者住所	〒			
電話 / FAX	電話		FAX	
募集情報入手先 ※番号に○記入	1. 海洋センター・クラブ・自治体広報誌 2. 学校 3. 新聞 (新聞名:) 4. Web (Web名:) 5. 友達や親類からの案内) 6. 招待 7. その他 ()			

●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	〒		
Eメールアドレス	(PC・携帯)		
TEL / FAX	TEL (自宅):	FAX:	
	TEL (携帯電話):	(続柄)	
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:		

記入上の
注意

- 「申し込み区分」: 海洋センター・海洋クラブからの申し込み・・・「センター・クラブ」へ○
それ以外の申し込み・・・「一般」へ○
- 「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「団体名」「コード」「連絡先」「担当者名」の記載を受けてください。
- 「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。
- 「Eメールアドレス」: 保護者と連絡可能なアドレスがある場合記入して下さい。

平成24年度 B & G 「体験クルーズ」
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 _____）が平成24年度B & G「体験クルーズ」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

たり、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しません。

保 護 者	氏 名				印
	生 年 月 日	明・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。

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します。

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します。

(1) 期間中の医療費 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。	(2) 期間終了後の医療費 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、右記のと通りの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、同意人は右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)・・・参加者全員が対象者となります

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
	(主催者責任担保) / 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2千万円
	入院	日 額 6,000円
	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
取扱旅行業者 (日本旅行)	【主催旅行保険】 死亡・後遺傷害	1名につき1,500万円
	入院見舞金(傷害のみ)	1名につき2~20万円
	通院見舞金(傷害のみ)	1名につき1~5万円
海運会社 (日本チャータークルーズ)	【P&I保険】	1事故につき総補償限度額 1,620億円

(2) 上記記載の保険内容に関する補足説明

①3/25~30の期間で、“家を出発 ⇒ クルーズに参加 ⇒ 家に帰り着く”までに発生した事故が補償対象となります。

※ 家からの往復経路に無関係の無寄道をした場合、保険摘要がされない場合がありますのでご注意ください！

②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24年度 B & G 「体験クルーズ」

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、健康診断を受けてください。

平成 年 月 日記入

Table with 5 columns: Name (フリガナ), Sex (男・女), Birth Date (生年月日), Blood Type (血液型), and Photo (顔の分かる写真を貼ってください). Includes fields for height, weight, and class number.

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出生時体重 g
③過去に長期入院や大きな手術の経験 (歳時 病名等:)
④過去の健康診断における異常所見 (歳時 所見:)
⑤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 【治療内容】)
b. 熱性けいれん (歳時: 治癒・治療中 【治療内容】)
c. 喘息 (歳時: 治癒・治療中 【治療内容】)
d. 慢性気管支炎 (歳時: 治癒・治療中 【治療内容】)
e. アトピー性皮膚炎 (歳時: 治癒・治療中 【治療内容】)
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現在治療中である上記以外の特筆すべき症状等 (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年に数回経過観察として受診している (詳細:)
③日常継続して薬を使用している (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:)
⑨集団行動ができない (詳細:)
⑩他人に感心が無い (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

次の病歴をお持ちの方がいらっしゃいますか

- ①脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) ②心臓病 ③高血圧 ④糖尿病 ⑤腎臓病 ⑥てんかん ⑦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: _____

(様式4)

平成24年度 B & G 「海洋体験クルーズ」

健康診断書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日		年 齢	才
身 長	cm	体 重	kg
既往症			
身体所見			
総合所見			
上記のとおり診断いたします			
平成 年 月 日			
医療機関名			
所在地			
診断医師			印

保護者の皆様へ

既往症や現在治療中の傷病があり、定期的に通院していたり、注意すべき事項がある場合には、主治医（かかりつけの医師）に受診してください。

本診断書は、参加者の安全を第一に考え、保護者と財団(子供を預かる立場)が参加者の健康状態を把握することを目的として、ご提出いただくものです。

診断書受理後、問題点・疑問点がある際には、財団から保護者の方に連絡させていただく場合がございます。

健康診断の受診にあたり、担当される医師の方に以下のご説明をお願いします。

問診にて日常的に『見る事・聞く事・話す事』に問題が無く、学校生活において特に支障が無い事を、ご確認ください。なお、問題となる事項がある場合には、特記事項として「総合所見」の欄にその内容の記入をお願いします。

既往症や現在治療中の傷病があり、定期的に通院していたり、注意が必要な事項がある場合には、特記事項として「総合所見」の欄に、その内容をご記入下さい。

特別な問題がなければ、「特記事項なし」としていただければ幸いです。