

HAP プログラムに参加される方へのご注意及び参加同意について(個人用)

HAP プログラムに参加される方には、事前に下記内容についてご理解いただき、空欄を全て自筆にて記入いただきます。

HAP プログラムにはウォーミングアップ、ゲーム、イニシアティブ、ロープスコース(ローエレメント・ハイエレメント)及びその他さまざまな身体的、精神的な冒険活動が含まれています。HAP プログラムの活動への参加レベルの選択はいかなる場合も、参加者個人の選択に委ねられていますが、活動に参加することにより、身体的、精神的に負傷や障害を被る可能性があることをご理解ください。

※HAP プログラムに関してご不明な点がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

【TEL 0795-44-0711/FAX 0795-44-1185 嬉野台生涯教育センター(manatas うれしの)】

参加同意について

私は、HAP プログラムに参加するにあたり、次の項目について同意します。

1. HAP プログラムの一部が身体的、精神的な負担がかかるものになる可能性があること
2. HAP プログラムには、事故または障害の危険性があること
3. 各参加者が HAP プログラムで起きる身体的な障害の危険を想定しなければならないこと
4. HAP プログラムの活動への参加レベルの選択は、各参加者の選択に委ねられていますが、スタッフからの安全に関する注意事項についてはその指示に従います。その限りでない場合に生じた身体的及び精神的損害、傷害については責任を問いません。
5. 私は健康であり、HAP プログラムへの参加に支障をきたすような疾病に関し、医師などによる治療中ではないことを申告します。

健康及び医療上の情報について

HAP プログラムに参加する方は、緊急の場合に速やかな対応ができることを目的として、健康と医療上の情報をあらかじめご連絡いただくことになっております。この情報については厳重に管理しており、本プログラムの申込以外には関係者以外には絶対に漏洩いたしません。

- 1 身体的な障害(一時的または先天的なもの)がありますか？
 NO YES→YES と答えた方、部位および内容を説明してください。
()
- 2 最近 1 年以内で治療(処方を受けた、または他の方法で、例えば風邪薬など)を受けましたか？
 NO YES→YES と答えた方、部位および内容を説明してください。
()
- 3 アレルギー(食品、植物など)、薬による副作用、または他の薬物的な制限はありますか？
 NO YES→YES と答えた方、部位および内容を説明してください。
()

写真・映像等の仕様に関する同意について

どちらかに○をつけて、署名をお願いします。

私は、嬉野台生涯教育センターが、プログラム中の写真、映像、音声を使用、複製、配布することを
(許可します ・ 許可しません)。

私は上記内容について承諾し、本プログラムに参加します。(HAP 実施日 年 月 日)

記入日： 20 年 月 日 署名(自筆) _____

住所： 〒 _____

TEL(自宅) _____

TEL(緊急連絡先) _____