

参加注意事項

「アルプスぼうけん組楽部」及び「abc スポーツ駒ヶ根」の運営するアウトドアプログラムへの参加にあたり、
下記内容をよくお読み頂いた上で、別紙「参加承諾書」へ必要事項を漏れなくご記入下さい。
ご記入頂いた「参加承諾書」は、参加当日、受付の際にご提出ください。

「プログラムに参加する上での注意事項」

1. ガイドやスタッフの注意義務を超える潜在的な危険(予想外の事故が起こる可能性)が伴うことを認識し、自分の意思でプログラムに参加します。
2. プログラム参加中は、ガイド・スタッフの指示に従います。
ガイド・スタッフにより、プログラム参加に不適切と判断された場合も、その指示に従います。
3. セーフティーク(安全対策講話)を良く聞き、安全確保のために協力します。
4. 健康状態は良好であり、病歴等は正直に知る限りの事を参加承諾書に記入します。
5. 飲酒中ではありません。また、酒気を帯びていません。
6. 妊娠中ではありません。
7. (有)アルプスぼうけん組楽部は三井住友海上保険・国内旅行総合保険に加入しています。
死亡・後遺障害 375 万円 入院日額 5,000 円 通院日額 3,000 円
※1 治療費や休業損害等の実損払いには対応しておりません。
※2 当社ガイドの過失により参加者の方に対して法律上の損害賠償責任が発生した場合は、当社加入の賠償責任保険で対応します。
※3 当社に法律上の損害賠償責任がない場合は、一切の損害賠償請求を受け付けません。
8. 第三者に対し損害を与えた場合は、その損害補償は私個人が行います。
9. 身の回り品・貴重品については自己責任で管理し、紛失・破損等に対して補償を請求しません。
10. プログラム参加中の写真を、パンフレット、ウェブサイト等に使用しても構いません。写真の使用に不都合のある場合はガイド・スタッフへ申し出ます。
11. 別紙参加承諾書への記入をもって上記内容を承諾し、プログラムへの参加を申し込みます。

以上

「個人情報の取り扱いについて」

お客様にご提供頂いた個人情報は、個人情報保護法の趣旨にのっとり、当社にて適切に管理し、以下の目的の範囲内でのみ利用致します。また、本人の許可なく第三者への提供は致しません。

- ①お客様との連絡及び緊急時の対応
- ②国内旅行総合保険の加入・契約
- ③統計情報の作成
- ④商品情報やサービス情報その他の営業案内又は情報提供

参加承諾書

「アルプスぼうけん組楽部」及び「a b c スポーツ駒ヶ根」の運営するアウトドアプログラムへの参加にあたり、別紙「**参加注意事項**」を十分理解し、**記載内容を承諾の上**、自分の意志でプログラムへの参加を申し込みます。

※参加者全員の必要事項を漏れなく丁寧にご記入下さい。18歳未満の方は、保護者の署名が必要です。

プログラム参加日	2020年 月 日 ()		
参加プログラム	<input type="checkbox"/> 天竜川ラフティング <input type="checkbox"/> 木曽川ラフティング <input type="checkbox"/> ダッキーボート <input type="checkbox"/> シャワークライミング <input type="checkbox"/> シャワーウォーキング(駒ヶ根) <input type="checkbox"/> スノーシュー <input type="checkbox"/> その他		
コース	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> ファミリー		
申込代表者	様 (お申し込み人数合計： 名)		

1	氏名：	刀がナ：	保護者署名：	
	生年月日： S / H . . (歳)	性別： 男・女	血液型：	
	持病等： 無・有(有の場合、詳細)			
	住所：〒 -			
	Tel：		緊急連絡先：氏名	
2	氏名：	刀がナ：	保護者署名：	
	生年月日： S / H . . (歳)	性別： 男・女	血液型：	
	持病等： 無・有(有の場合、詳細)			
	住所：〒 -			
	Tel：		緊急連絡先：氏名	
3	氏名：	刀がナ：	保護者署名：	
	生年月日： S / H . . (歳)	性別： 男・女	血液型：	
	持病等： 無・有(有の場合、詳細)			
	住所：〒 -			
	Tel：		緊急連絡先：氏名	
4	氏名：	刀がナ：	保護者署名：	
	生年月日： S / H . . (歳)	性別： 男・女	血液型：	
	持病等： 無・有(有の場合、詳細)			
	住所：〒 -			
	Tel：		緊急連絡先：氏名	
5	氏名：	刀がナ：	保護者署名：	
	生年月日： S / H . . (歳)	性別： 男・女	血液型：	
	持病等： 無・有(有の場合、詳細)			
	住所：〒 -			
	Tel：		緊急連絡先：氏名	

弊社使用欄	予約番号：	ガイド：	記入人数：
-------	-------	------	-------