

【PA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】

PAプログラムに参加される方は、下記内容についてお読み頂き、空欄を全て自筆にて記入して頂いた後、PAプログラムに参加される前にプロジェクトアドベンチャージャパンまでご返送下さい。

PAプログラムにはウォームアップ、ゲーム、イニシアティブ、ロープコース(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、感情的なアドベンチャー活動が含まれます。PAプログラムのアクティビティ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、感情的、身体的に障害や負傷を被る可能性があるということをご理解ください。

PAプログラムに関してご不明な点などございましたら、下記連絡先までお問合せ下さい。

【 TEL 03-3406-8804/FAX 03-5467-7018 e-mail:paj@pajapan.com 】

参加同意について

私はPA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) PAプログラムの一部が身体的、感情的な負担がかかるものになる可能性があること
- 2) PAプログラムには、事故または傷害のリスクがあること
- 3) 各参加者がPAプログラムでおきる身体的な傷害のリスクを想定しなければならないということ
- 4) PAプログラムのアクティビティ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。その限りではない場合に生じた身体的及び感情的損害、障害については責任を問いません。
- 5) 私は健康であり、PA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。

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。

日付: 20 年 月 日 署名(自筆) _____

住所: 〒 _____

TEL(自宅) _____ TEL(緊急連絡先) _____

健康および医療上の情報について

PA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予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漏洩いたしません。

開催日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 身体的な障害(一時的な又は先天的なもの)がありますか?

No Yes Yesと答えた方、部位及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?

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がありますか?

No Yes Yesと答えた方、その説明をしてください。

写真・映像等の使用に関する同意について

私は、プロジェクトアドベンチャージャパン及びその指示に基づく関係者がプログラム中の自分自身の写真、映像、音声を使用、複製、配布することを許可します。

日付: 20 年 月 日 署名(自筆) _____