

ラフティングツアー参加申込兼許諾書



TOPS 使用枠

検印

検印

検印

ラフティングツアー参加中には様々な危険性があります。スタッフは運営中に発生した負傷、損傷、疾病、紛失、生命の危機、天変地異に対して全ての安全を確保出来ない場合があります。スタッフは応急処置以外の責任は負えません。ツアー中スタッフの指示に従わない参加者の方や、他のお客様に危険が及ぶと判断した参加者の方は、ツアー中であっても参加をお断りすることがあります。この場合代金は返金しません。

■ 傷害保険・賠償責任保険の契約について ※ツアー代金に保険料は含みません。

保険会社 損害保険ジャパン日本興亜株式会社
傷害保険支払金額 死亡・後遺障害 1000 万
入院日額保険金 5000 円 通院日額保険金 3000 円
賠償責任保険 弊社は賠償責任保険に加入しています。

■ 肖像権について

弊社、または弊社代理人が撮影する写真、ビデオなどを弊社が自社広告などにおいて使用する場合、ラフティングツアー参加者はその肖像権を破棄します。
※ ご都合が悪い場合、事前にお申し付け下さい。

■ 本日の体調について、いいえ・はいのどちらかに○をして下さい。(必須項目)

妊娠していますか？ いいえ はい
お酒を飲んでいませんか？ いいえ はい
二日酔いですか？ いいえ はい
怪我、持病、既往症はありますか？ いいえ はい 症状 ()
本日の体調で不安なところがありますか？ いいえ はい 内容 ()
本日撮影した DVD (無料) は必要ですか？ 不要 必要
(後日、代表者様宛に郵送致します。)
TOPS からお知らせをお送りさせて頂いてもよろしいですか？ 不要 必要

記載事項を確認承諾して頂きましたら、必要事項をご記入、ご署名下さい。

保険申込の都合上、番地・部屋番号等正確にお書き下さい。

ツアー参加日の記入	年	月	日	署名	
参加ツアー (○をして下さい。)	ショートコース		ロングコース		
フリガナ	生年月日 (西暦)		(歳)		
参加者氏名	血液型	型	性別 (○をして下さい。)	男・女	
〒	住所				
保険申込の都合上、番地・部屋番号等正確にお書き下さい。					
TEL	メール				
緊急連絡先	ご自宅・勤務先・その他 ()				
ツアー参加グループ代表者氏名 (幹事様氏名)	ツアー参加グループ人数		人		
以前 TOPS をご利用されたことはありますか？	初めて・() 回目	前回ご利用日	年	月	日頃
未成年者が参加する場合、保護者の方の承諾が必要です。	年	月	日	署名	印