

“ふれあい” 福祉スキューバダイビング体験2024 参加申込書

申込日：令和 6年 月 日		社協使用欄		受付No.			
ふりがな		性別		生 年 月 日		年 齢	
氏 名				S・H・R 年 月 日生		才	
住 所		〒					
電 話 番 号		自宅 () -		FAX () -			
		携帯 - -		(連絡先名)			
メールアドレス							
ウエットスーツ用		身長 cm		体重 kg		足のサイズ . cm	
専用レンズの有無 ※めがね着用等の方		有 ・ 無		視力 度数		左 右	
車イスの有無		有 ・ 無					
施設名・学校名							
障害程度		種 級		障害部位			
かかりつけ医		病院名		担当医師名			
		住 所		電話 () -			
		医師の確認		有 ・ 無			
付 添 者		有 ・ 無		氏 名		続柄	
(付添者が無の場合) 緊急連絡先		氏 名		続柄			
		住 所		電話 () -			
写真等の使用・掲載について		可 ・ 不					
体験希望時間 ご希望に添えない場合がございますので、 あらかじめご了承ください。		<input type="checkbox"/> 第1回/10:00~10:30		<input type="checkbox"/> 第2回/10:45~11:15			
		<input type="checkbox"/> 第3回/11:30~12:00		<input type="checkbox"/> 第4回/12:15~12:45			
		<input type="checkbox"/> 第5回/13:00~13:30		<input type="checkbox"/> 特に希望無し			
その他注意事項、要望事項などあればご記入ください。							

※FAX・メール・Goodフォーム・郵送でのお申込の場合は、受付完了の返信をいたしますので、必ず連絡先をご記入ください。返信がない場合は、お問い合わせください。

※当日の天候・海の状態によって中止する場合がございます。中止の場合は決定になり次第、申込ご連絡先へ連絡させていただきます。またホームページなどでもお知らせいたしますのでご確認ください。

※本事業を実施するにあたって、今回知り得た情報は、他の目的のために使用することはありません。

※当日、イベントの様態を撮影いたします。撮影した写真・動画等は、活動報告としてホームページやSNS、各種印刷物等に使用・掲載させていただくことがございますので、あらかじめご承諾ください。使用・掲載に問題がある場合は該当項目にご記入ください。

※ダイビング体験後は、越前デイサービスセンター施設内でのシャワー浴と着替えになります。お風呂への入浴を希望の方は、『越前温泉 なぎさの湯』（同センター2階）をご利用ください。