**参加者記入欄**

　氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　年齢

　住所

　連絡先

**医師記入欄**

上記の人はカヤック体験アクティビティに参加を申し込んでいます。

この書類は参加者の体調が体験アクティビティに適した健康状態であるかをお尋ねする

ものです。

カヤック体験の開催は海洋または河川で行うものになります。その時のコンディション次第では、肉体的に非常に激しい活動になる場合が有ります。

陸上に戻るまでに時間がかかる場合も有ります。また、近くに医療施設がない場所での開催になります。

医師による診断

　□　カヤック体験アクティビティに不適格であると考えられるような、

　　　医学的障害は見受けられません。

　□　カヤック体験アクティビティはすすめられません。

所見

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号