

SQ-CUBE PRO と行く！ Club Med サホロ スカッシュツアー 参加申込用紙

希望日程： 1 ・ 2 *どちらかに○ 申込日：2015年 月 日

ふりがな				性別※	生年月日※		
お名前※				M・F	年	月	日生
住所※	〒						
連絡先※ (電話番号)	-		ご自宅 携帯		血液型※	Rh+ -	型 Rh
e-mail							
ご旅行中 緊急連絡先 ※	お名前： 〒		住所：		続柄		
電話番号：	-		-				
スカッシュ歴	年		スカッシュを行う 回数と時間	週	回・	1回	時間
同室希望者	*同室希望者がいる場合には、こちらに記載願います。						
ツアーに対する要望 (希望者のみご記入下さい)	*必ずしもご要望にお答え出来る訳ではありませんので、ご了承ください。						
現在、通院や服薬が必要な疾病や怪我がある方は、ご記入下さい ※							

注. スタッフが、必要と判断した場合は、医師の証明（診断書等）を提出願う場合もございます

※印の欄は、必ずご記入下さい。

お預かりいたしました個人情報及び収集した情報は、今回のツアーのためにのみ使用し、適切な管理体制の基、厳重に保護してまいります。今回のツアーでの、写真、記事、記録等はインターネット等への掲載は主催者に属します。

* 誓 約 書 *

私は、北海道・サホロ Club Med スカッシュツアーにおける、スケジュール遂行中の事故・怪我に対して一切を自己の責任において対処いたします。（旅行中の病気・ケガ/トラブルのために国内旅行保険に加入しての参加をお勧めします）また、参加するにあたり、健康状態が問題ないことを証明いたします。

2015年 月 日

氏名 _____ 印 _____