

山歩きの旅 会員登録用紙
(FAX又は郵送用)

会員番号 (当社記入欄)	No.		平成 年 月 日 送信	
(フリガナ) 氏名			男・女 生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (才)
住所	〒		血液型	
電話	市外局番() —		職業	
携帯 ※お持ちの方は必ず	—		◆ツアー中の緊急時の連絡先 氏名(続柄)	
FAX ※任意	—		電話	
パソコンメールアドレス ※任意			携帯メールアドレス ※任意	
◆過去一年間の主な登山歴			年 月 行き先(コース)	
年 月 行き先(コース)			年 月 行き先(コース)	
年 月 行き先(コース)			年 月 行き先(コース)	
◆現在の健康状態 ※下記1~4の質問に一つでも○のある方は、現在の状態(投薬・治療の方は常用中の薬品、治療の内容等も)を詳しくご記入下さい。				
<input type="checkbox"/> 1・最近3ヶ月以内に入院・手術(帝王切開・内視鏡手術・レーザー手術なども含む)・検査をすすめられたことがありますか?				
<input type="checkbox"/> 2・過去5年以内に下記の病気や異常で、医師の診察・検査・投薬をうけたことがありますか? がん(悪性新生物)、糖尿病・高血圧、心臓病・動脈の疾患(不整脈を含む)、脳卒中、慢性肝炎、肝硬変、肺気腫、肺繊維症、塵肺、慢性気管支炎、ぜんそく、慢性腎炎、ネフローゼ、リウマチ、こうげん病、かいよう性大腸炎、クローン病、免疫不全症、原発性筋障害、精神や脳・神経の病気や異常。				
<input type="checkbox"/> 3・現在、手・足の欠損または機能に障害または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害、著しい記憶の障害、知的障害がありますか?				
<input type="checkbox"/> 4・何らかのアレルギー性疾患をお持ちですか?(食物・花粉・日光など)				

ご記入いただいた個人情報は、当社からのパンフレット送付、登山ツアーお申し込み時の参加資格の判断、所轄の警察署等への登山計画書の提出、保険請求時の書類として利用し、他の目的には一切利用いたしません。

ご案内

- 会員登録は、FAXまたは郵送にてお受けいたします。
- ご家族、グループの場合も各個人での登録が必要となります。
- FAXまたは郵送受領後14日以内に、「会員証」「スタンプカード」「登録内容確認書」を郵送いたします。2週間を経過しても書類が送付されない場合はお電話にてご確認をお願いいたします。

お問い合わせは

株式会社 パステルツアー

〒543-0052 大阪市天王寺区大道1-7-12
TEL.06-6779-2122 FAX.06-6771-7551