**2018年度 日本登山医学会夏山検定参加申込書**

 申し込み先メールアドレス>>> dimmtateyama2@jsmmed.org

**私は、下記の2点について承諾し、2018年度日本登山医学会夏山検定の参加申し込みをします。**

1. ①夏山検定は、認定山岳医・認定看護師に必要な技能評価としての検定会であり、一般的な登山教室やガイド山行ではありません。

②岩登りや沢登りに伴う様々な危険があります。

③検定を実践・継続するうえで安全上危険であると主催者、ガイドが判断した場合には、途中で行動中止を指示される場合があります。また、検定中に認定山岳医・認定看護師としてふさわしくない行動がみられた場合も、検定を中止させていただくことがあります。

上記3項目を十分に承知、納得した上で、自らの意思で申し込みます。

2. 日本登山医学会　夏山検定の参加申し込みにあたり、山岳保険（ピッケル・アイゼンを用いた雪山登山・岩登り・アイスクライミング、山スキーを行っている最中の事故にも対応）に加入している（クラスタ開催日が有効期限内である）ことを確認したので、保険証の写しを添付ファイルとして提出します。

|  |
| --- |
| **参加希望コースの左に◯を記入して下さい** |
|  | 7月14日(土).15日(日)　日本登山医学会認定山岳医・看護師コース |
|  | 7月14日(土).15日(日).16日(月)日本登山医学会認定　**国際山岳医・看護師**コース |

|  |
| --- |
| **7月13日(金)前泊希望調査（それぞれの項目に◯を記入してください）** |
|  | 前泊を希望しない |
|  | 前泊を希望する（下記前泊の夕食、翌日朝食の希望の記入もして下さい） |
|  | 13日(金)夕食と14日(土)朝食を希望する。 |
|  | 14日(土)朝食のみ希望する。 |
|  | 13日(金)夕食、14日(土)朝食のどちらも希望しない。 |

|  |
| --- |
|  **受講生記載** |
| 受講生番号 | 氏名（漢字） | 氏名（ふりがな） |
|  |  |  |
| 性別 | 生年月日(西暦) | 年齢 | 受講生連絡先電話番号 |
| 女・男 | 年 月 日 |  | - - |
| 受講生住所 | 〒 |  |
|  |
|  |  |  |
| **緊急時連絡先** |
| 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
|  |  |  |
| 緊急連絡先住所 | 〒 |  |
|  |