

JOP 個人調査票（参加者全員対象）

ふりがな		性別	生年月日			年齢
氏名		選択	選択	年	月	日 才
現住所	〒			電話番号		
緊急連絡先	お名前				電話番号	
	ご関係	選択	その他		電話番号	
ふりがな						
会社名 (所属部課)				電話番号		
健康状況についてのご質問						
健康診断受診日（直近）			血液型	血圧		
選択	年	月	日	選択	最高	最低
あなたがこれまでにかかった病気または現在治療中の病気はありますか？					選択	
上で「ある」と答えた方 (複数回答可)	選択 1	選択 2	選択 3	その他		
あなたはマルチコプターの操縦経験はありますか？					選択	
上で「はい」と答えた方：総飛行時間は何時間ですか？					時間	
マルチコプター に関連する	免許					
	認定状等					

※ 個人情報につきましては、個人情報保護法・その他の法令の規定に従い、これらで定める範囲内で、サービスの提供やご案内等のために利用致します。

※ 本紙は、太枠（当日記入）以外を事前記入し参加当日にご持参下さい。

<p>【必須携帯品】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ヘルメット ●防寒着 ●長袖、長ズボン ●サングラス ●長靴又は安全靴 ●常備薬 ●その他 各自でご用意下さい 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #333; color: white; text-align: center;">同意事項</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 新規入場者教育を受講しました。 </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 提出した個人情報の取扱いについて、承諾しました。 </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 別添配布資料のルールを遵守することを誓約します。 </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;"> 令和 年 月 日 </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> ご署名 _____ </td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #333; color: white; text-align: center;">健康状態（□にVチェック）</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 良好 </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 不調 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> その他 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> ※その他の方は、状況をご記入下さい </td> </tr> </table>	同意事項		<input type="checkbox"/> 新規入場者教育を受講しました。		<input type="checkbox"/> 提出した個人情報の取扱いについて、承諾しました。		<input type="checkbox"/> 別添配布資料のルールを遵守することを誓約します。		令和 年 月 日		ご署名 _____		健康状態（□にVチェック）		<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不調	<input type="checkbox"/> その他		※その他の方は、状況をご記入下さい	
同意事項																					
<input type="checkbox"/> 新規入場者教育を受講しました。																					
<input type="checkbox"/> 提出した個人情報の取扱いについて、承諾しました。																					
<input type="checkbox"/> 別添配布資料のルールを遵守することを誓約します。																					
令和 年 月 日																					
ご署名 _____																					
健康状態（□にVチェック）																					
<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不調																				
<input type="checkbox"/> その他																					
※その他の方は、状況をご記入下さい																					