**JOP個人調査票（参加者全員対象）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | 生年月日 | | | | | 年月日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | 年齢 | | | | | 歳 | | | |
| 性別 | | | | | 男 / 女 | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | 電話  番号 | | | ― ― | | | | |
| 会社名  （所属部課） |  | | | | | | 電話  番号 | | | ― ― | | | | |
| 緊急連絡先 | お名前 | | |  | | | 電話  番号 | | | ― ― | | | | |
| ご関係 | | |  | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 年月日 | | | | | A/B/AB/O/不明 | 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？ | | | | | | | | | | | | | | |
| 罹患歴  特になし | | ※ある方は差し支えのない範囲でご記入ください | | | | | | | | | | | | |
| あなたはマルチコプターの操縦経験はありますか？ | | | | | | | | | ある/ない | | | | | |
| 上で｢ある｣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  資格等 | | |  | | | | | | | | | | | |

※ 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【必須携帯品】  ●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 | 同意事項  新規入場者教育を受講しました。  提出した個人情報の取扱いについて、承諾しました。  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（□にチェック） | |
| 良好 | 不調( ) |