

「NOBORUNGMA」(ボルダリング・エクストリームラン) 利用上の注意

上記アトラクションは、死亡・重傷など重大な事故に繋がる危険が伴います。以下の項目を全て理解した上で裏面の「同意書」にご署名ください。

1.「ボルダリングエリア」「エクストリームランエリア」利用上の注意

①以下に該当する方はご利用いただけません。

- 体調のすぐれない方 ●飲酒している方 ●自力歩行が困難な方 ●妊娠中の方
- 以下の障害、疾病をお持ちの方や、これらに関し医師から運動制限等の指示のある方
- ・首、背中背骨(脊髄)、手足、腰の障害 ・心臓病 ・関節病 ・高血圧 ・その他上記に準ずる障害、疾病など

②以下の場合、ご退場いただくことがあります。

- 弊社従業員の指示に従っていただけない場合 ●危険な行為等で他の利用者から苦情が発生した場合

※上記のよる事故・傷害及び損害については、一切の責任を負いかねます。また、退場の場合いかなる理由においても返金いたしません。

③ポケットの中の財布、携帯電話、鍵などの所持品はあらかじめ無料ロッカーにお預けください。

④ご利用の際には裏面の「同意書」へのご署名が必要です。小学生以下のお子様は保護者の方の同意

及び同伴が必要です。(同伴者も有料) 当日 2 回目以降のご利用に関しましては初回の同意書提出時にフリーパス、または手の甲に提出済の印を付けさせていただきます。

⑤責任

「ボルダリング」「エクストリームラン」利用中に発生したケガ、事故、損害(お客様自身、他の利用者、施設に関するものを含む)についてはお客様の責任となります。ただし、弊社の故意、重過失による場合、その他法令により弊社の責任制限が認められない場合は、この限りではありません。

2.「ボルダリングエリア」利用上の注意

①利用対象：身長 100cm 以上、体重 100 kg 以下の方に限ります。(身長・体重を確認させていただく場合がございます。) アトラクション「リブ・オブ・フェイス」のみ身長 130cm 以上必要。

②アトラクションの 1 回の時間は約 25 分です。途中退場されたお客様の再入場はできません。お手洗い等は事前にお済ませください。

③小学生以下のお子様は保護者の同伴が必要です。別途同伴者の利用料金を頂きます。

(¥ 1,000 ファンタジーパス利用者は無料)

④爪の長い方、付け爪を付けた方はご利用いただけません。また、マフラー、スカーフ、指輪、ネックレス(特に鋭利な部品が付属しているアクセサリ)等は事前に外してください。

⑤高所恐怖症の方はご利用をお控えください。

⑥ご利用の際には専用貸出シューズに履き替えていただきます。また、衛生上靴下は必ず着用してください。

⑦装着する安全器具については、スタッフの指示通りに装着し、途中で取り外さないでください。

また、安全器具が装着できない方はご利用いただけません。

3.「エクストリームランエリア」利用上の注意

①利用対象：3 歳以上の方。小学生未満のお子様は保護者の同伴が必要です。別途同伴者の利用料金を頂きます。

(¥ 300 ファンタジーパス利用者は無料)

②ケガ防止のため、腕時計、イヤリング、ピアス、ネックレス等の装飾品及びお履き物を外してご利用ください。

③メガネ、サングラスは外してご利用ください。破損した場合一切の責任は負いかねます。

④体格差がある方向士が同時にご利用いただくことはできません。

⑤スタッフの指示に従いスタートしてください。乱暴な行動、バク転・側転は禁止します。

⑥逆走、同じアトラクションのやり直しは危険です。立ち止まらずにお進みください。

<同意書は裏面>

〈同意書〉

私(保護者)は NOBORUNGMA 内「ボルダリング」「エクストリームラン」を利用するに当たり、裏面の「利用上の注意」の内容及び危険性を十分理解した上で、以下の内容について同意しました。。

- 1) 私（保護者）は「ボルダリング」「エクストリームラン」の一部が心身へ負担がかかる可能性があることを理解しました。
- 2) 私（保護者）は「ボルダリング」「エクストリームラン」に傷害または事故のリスクがあることを理解しました。
- 3) 私と同伴者は、「ボルダリング」「エクストリームラン」の利用中は、貴社従業員の全ての指示に従います。
指示に従わない場合に生じた、いかなる傷害および損害について、貴社及び貴社従業員の一切の責任を問いません。
- 4) 私は、健康であり、以下の疾患に関し治療中ではありません。
①首肩、背中、手指、足腰の障害 ②心臓・肺機能の障害 ③その他体調不良
- 5) 私の身長及び体重は、利用条件に記載の範囲内であることを表明します。
- 6) 私は貴社が必要と認めた場合、貴社従業員が選択する医療機関への搬送、応急処置、治療に従います。

参加日 年 月 日

(ふりがな)

代表者署名

(身長)

cm

(ふりがな)

住所

(ふりがな)

同伴者氏名

(身長)

cm

(ふりがな)

同伴者氏名

(身長)

cm

(ふりがな)

同伴者氏名

(身長)

cm

(ふりがな)

同伴者氏名

(身長)

cm

※個人情報、法令に基づく要請による場合を除き、第三者に開示することは一切ございません。

※当施設のイベント等のご案内に利用させていただく場合がございます。

同意いただける場合は、下のチェックボックスに、レ点をご記入ください。

貴社からのイベント等のご案内に個人情報を利用することについて同意いたします。