**同　　意　　書**

北見地区消防組合消防署長　様

スモークマシンを使用した煙体験をするにあたり、下記説明を承諾し、同意します。

記

　体調の悪い方、何らかの疾患をもっている方、アレルギー体質の方は　　体験を控えて下さい。アレルギー症状などを引き起こすおそれがあります。怖いと感じる方、自信のない方には体験を控えるよう周知して下さい。

１、煙体験実施日時、場所

(１)　日　時　　　　　　　年　　月　　日　　　時から　　　時

　(２)　場　所

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　煙体験団体責任者

団体名

署　名　　　　　　　　　　　㊞