

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 _____ (印)