

サンゴ植え付けボランティア ダイビングプログラム申込書

申し込み日 年 月 日

フリガナ					性別	参加種類				
氏名					男・女	シュノーケル	ダイビング			
生年月日	年	月	日	才	携帯TEL					
郵便番号	〒				自宅TEL					
現住所										
緊急連絡先	氏名：			続柄		TEL				
血液型	型	身長	cm	体重	kg	足のサイズ	cm	視力	右	左
潜水団体	ランク	カード番号			潜水本数		本			

ダイビング活動参加のための病歴/健康診断書

A あなたの現在、過去における病歴で正直に該当する箇所をすべてにレ印を記入して下さい。

- | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 呼吸器のトラブル | <input type="checkbox"/> 最近手術を受けた、又は病気をした | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 鼻（副鼻）のトラブル | <input type="checkbox"/> 不整脈、動悸 |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 感情的なトラブル、神経過敏 | <input type="checkbox"/> 胃かいよう |
| <input type="checkbox"/> 心臓のトラブル | <input type="checkbox"/> 睡眠薬や薬品の使用 | <input type="checkbox"/> 喫煙 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠の疑いがある | <input type="checkbox"/> 中耳炎などの耳の感染 | <input type="checkbox"/> アルコール中毒 |
| <input type="checkbox"/> 高、低血圧 | <input type="checkbox"/> めまい、失神 | <input type="checkbox"/> 以上のどれでもなし |
| <input type="checkbox"/> 頻繁にひどい頭痛 | <input type="checkbox"/> 閉所、高所恐怖症 | |

B あなたの病歴中、重症のケガや入院したことのある病気の全てを書出してください。

C あなたが現在服用している薬品類を全て書出してください

私、_____ は上記に記入した事柄は私の知る限り正しいことを誓います。

免責同意書

私、_____ は、スキンドайビング及びスクーバーダイビングの本質的な危険性についてよく説明を受け、完全に理解したことをここに確認致します。

この書面に署名することによって、基本的なリスクや危険性を認識していると誓います。

私は、Sea研が、沖縄で開催するダイビング講習につき以下の事を確認します。私に傷害、死亡その他の事故が発生した場合にも、私自身、私の家族、後継者、その他の関係者に対する責任は発生しない事に同意します。

このクラスに参加するにあたり、予想されると否にかかわらず、前記講習に関連して起こりうる全リスクは、私個人に帰属するものであり、前記講習のプログラムに私が参加する事によって、私自身、私の家族、相続財団、相続人、その他の関係者は何らの異議を有せず請求権を有しないことを確認します。

また、私は法的に成人であり、この免責同意書に署名するにあたり法にかなって、何ら支障がないものであることをここに、付け加えます。従って私は両親や後見人の書面により同意書を提出する必要もありませんし、この書面の中にある事項は契約によって確定しうる事項であって、単に記入するよう言われて署名するものでなく私の、自由意志でこの書面に署名いたしました。

私はこの免責同意書を署名する前によく読み、内容を完全に理解いたしました。

年 月 日

受講生・参加者

未成年の場合
保護者署名

担当インストラクター
署名