



# お申込書

平成

年 月 日

★この個人情報、マリンスポーツ業務を行うに当たって使用するものであり、それ以外の目的で使用するものではありません。

フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)		
お名前	男・女	血液型	A・B・O・AB		
ご住所	(〒 ) 都・道 府・県				
電話番号	( ) -	身長	体重	足のサイズ	
緊急	( ) -	cm	kg	cm	

## シートレッキング参加確認書

出 発

### ■ご参加前に・・・

以前にダイビングに参加されたことがありますか？	2回以上	1回	ない
耳抜きはできますか？	できる	できない	わからない
極度の閉所恐怖症ですか？	いいえ	はい	
現在のあなたの体調は？	良好	普通	不調
お酒を飲んでいる又は二日酔いである。	いいえ	はい	
コンタクトレンズをしている。	いいえ	はい	
妊娠している、又は妊娠している可能性がある。	いいえ	はい	

### ■病歴調査 該当する項目に○をしてください。該当がなければ記入不要です。

風邪をひいている、鼻がつまっている	医師のもとに通院している又は慢性の病気がある
発作、麻痺、めまいをおこしやすい	処方箋や薬を服用している
アレルギーがある	副鼻腔の病歴がある(含現在)
糖尿病である	肺や心臓、呼吸器の病歴がある(含現在)
精神的に不安定になることがある	循環器系の病歴がある(含現在)
その他(	過去3年以内に病気をしたり手術を受けている

### □シートレッキングに関する参加同意・承諾

シートレッキングは水中世界の素晴らしさ直接肌で感じて頂くことができます。しかし、水中環境は陸上に比べ特殊であり、付随する危険性を講習の中で理解し実践して頂く必要があります。インストラクターの指導のもと安全にシートレッキングを行うことに同意されたうえでご参加ください。

シートレッキングはインストラクターの直接管理下でのみ行われます。シートレッキングを安全に楽しむためにインストラクターの指示に必ず従ってください。また、天候や海況がシートレッキングに適さないと判断される場合、催行中止とさせて頂く事がありますので、あらかじめご了承ください。

健康チェックの記載漏れ、虚偽の記載等で催行中にケガや病気が悪化した場合やインストラクターの指示に従わずに生じたケガや事故等の損害について、私(参加者自身)の責任であることを了解します。

自身の都合により参加を取りやめた場合、一切の返金がないことを同意します。

上記の内容を充分理解した上で参加同意・承諾書に署名致します。

記入日 平成 年 月 日

※参加者が未成年の場合は必ずお読みいただき、ご署名ください。

親権者  
署名参加者  
署名