

# ちゅら 体験ダイビング参加申込書

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 年 月 日 (才)

〒

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_ PCアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

緊急連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

- ☆当店を何でお知りになりましたか？ HP ・ 携帯サイト ・ 知人の紹介  
☆ダイビングのご経験はございますか？ はい ( 回 ) ・ いいえ  
☆HPにお写真、記事を掲載してもよろしいですか？ はい ・ いいえ

## 健康チェック

ダイビングでは水中で呼吸を行う特異な環境下に置かれるため、現在・過去の病歴によっては、医師の診断書が必要になる場合がございます。下記項目で該当するものがあれば、チェックをして下さい。  
(病状により、コースの参加をお断りする場合がございます)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 風邪を引いている                       | <input type="checkbox"/> 糖尿病                  | <input type="checkbox"/> 喘息、又はそれを抑える薬を服用中 |
| <input type="checkbox"/> 気胸、または自然気胸                     | <input type="checkbox"/> 肺炎                   | <input type="checkbox"/> 高血圧、又は血圧降下剤を服用中  |
| <input type="checkbox"/> 肺結核                            | <input type="checkbox"/> 狭心症                  | <input type="checkbox"/> 心臓疾患             |
| <input type="checkbox"/> てんかん、ケイレンなどの発作、又はそれを抑える為の薬を服用中 |   |   |
| <input type="checkbox"/> 不整脈                            | <input type="checkbox"/> 気管支炎                 | <input type="checkbox"/> 耳の病気や手術をしたことがある  |
| <input type="checkbox"/> 身体の動きに不自由がある                   | <input type="checkbox"/> 妊娠中                  | <input type="checkbox"/> うつ病などの精神疾患       |
| <input type="checkbox"/> 鼻、副鼻腔の障害                       | <input type="checkbox"/> その他の循環器系の障害          |   |
| <input type="checkbox"/> その他の呼吸器系の障害                    | <input type="checkbox"/> 現在通院中である、または薬を服用中である |   |

上記以外に持病などございましたら、必ずスタッフまでお申し出ください！

スタッフ署名 \_\_\_\_\_

## 参加同意書

私はダイビングに参加するにあたり、コース中には潜在的な危険性があることを十分に理解しております。私自身の意思で参加し、自己の責任を持ち、下記の事項についても同意します。

- ・ 現在、健康でありダイビングを行うのに支障はありません。
- ・ コース参加中は、船長・スタッフの注意及び指示を厳守します。
- ・ 過労、睡眠不足、飲酒及び酒気帯び、または薬物使用の状態では潜水いたしません。
- ・ コース参加当日に、飛行機搭乗のある場合は潜水いたしません。
- ・ コース中の事故に対し、船長・スタッフに対していかなる訴訟、一切の賠償請求をいたしません。
- ・ 私はこの同意書を署名前に熟読し、理解した上で同意し署名します

署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

未成年者のみ保護者署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

