

ラピスマリンスポーツ シュノーケリング参加申込書

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 ・ まっぷる ・ 知人の紹介
☆体験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"/> 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"/> 中耳炎、外耳炎の治療中 |
| <input type="checkbox"/> 身体の動きに不自由がある | <input type="checkbox"/> うつ病 | <input type="checkbox"/> 妊娠中 |
| <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

私は体験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