

参加予定日 20 年 月 日 ~ 月 日 (日間)

航空機搭乗予定日 20 年 月 日

氏名 (漢字)		(ローマ字)	
生年月日 (西暦 年 月 日)		年齢	才
住所 〒		血液型	型
TEL (自宅・携帯・会社)		E-mail (PC・携帯)	
宿泊先	緊急連絡先 氏名	続柄	TEL
身長	cm	体重	kg
足のサイズ	cm	視力(右・左)	
コンタクト(なし・soft・hard)			
<input type="checkbox"/> ファンダイビング(ダイビング歴 年 認定団体名 ランク 経験 本 前回 年 月)			
レンタル(不要・フルセット・BC・レギュ・ウェット・フィン・マスク・ブーツ・その他)			
<input type="checkbox"/> ライセンススクール(認定団体名 ランク ダイビングの経験 有・無 事前学習 済・未)			
<input type="checkbox"/> 体験ダイビング (経験 有・無) <input type="checkbox"/> スノーケル <input type="checkbox"/> 乗船のみ <input type="checkbox"/> その他			
当店のご利用は? 初めて ・ 2回目 ・ 3回目以上 (前回は 年 月)			
ご希望があればいくつでもどうぞ!!		心配事は・・・?	
<input type="checkbox"/> とにかく撮りたい!カメラ・ビデオ	<input type="checkbox"/> 大物	<input type="checkbox"/> 耳抜き	<input type="checkbox"/> エアーが早い
<input type="checkbox"/> じっくり観察フィッシュウォッチング	<input type="checkbox"/> マクロ	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 楽しく練習スキルアップ	<input type="checkbox"/> 地形		
<input type="checkbox"/> いやいや何でもあり!!!	<input type="checkbox"/> その他		

- 1、過去の病歴と現在の健康状態に関して該当する箇所に☑を入れて下さい。
- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 中耳炎など耳の疾患 | <input type="checkbox"/> 頻繁な頭痛 | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 妊娠中 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 精神的感情的トラブル | <input type="checkbox"/> 呼吸器系の疾患 | <input type="checkbox"/> 乗り物酔い | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> その他体調不良 | <input type="checkbox"/> 喫煙 | <input type="checkbox"/> 該当なし |
- 2、これまでに大きな怪我、手術、入院をされた場合はその時期や現在の状態。また現在もしくは定期的に服用している薬がある場合、また現在の健康状態についてご心配な点がありましたらお書き下さい。

ここに記入した情報は、私の知る限りにおいて事実であり正確であることを誓います。

免責同意書

私、_____はスキンドайビング及びスキューバダイビングに付随する危険性について十分な説明を受け、完全に理解したことをここに確認します。また、圧縮空気を使用するダイビングには一定の危険が伴う為、再圧チャンバーにおける治療を必要とする傷害が生じる可能性がある事も理解しています。再圧チャンバーのある場所から時間的にも距離的にも遠く離れた場所で開催される場合があることを理解した上で参加することに同意します。私は、参加に関連して私自身に生ずる可能性のある傷害、その他の損害の全てについて、私自身が責任を負うものであり、開催地の近くに再圧チャンバーがない場合もあることを了承した上で、プログラムを実施する事を希望します。私はこのプログラムに関連して私、または私の家族、相続人、あるいは受遺者に傷害、死亡、その他の損害が結果として生じた場合であっても担当インストラクター、担当ガイド及び『潜水処武蔵』が、いかなる結果に関しても責任を負わないことに同意し、またこのプログラムに参加している間に私に生ずる可能性のある、いかなる傷害、その他の損害についても、予測可能な損害であるか否かに関わらず、その責任の全てを私が個人的に負うことに同意します。また上記の個人、団体及びこのプログラムが、私あるいは私の家族、相続人、受遺者その他の利害関係人から、このプログラムへの私の参加を原因とするいかなる告発も受けないようにすることに同意します。私はこの免責同意書に署名をする時点で成年に達しているか、または私の親権者の文書による同意書を得ていることを確認し、また私はここに記載されている条件が契約であって単に注意書きに留まる物ではないことを理解しており、この書式には私の自由意志で署名するものです。この文章は、発生し得る個人的傷害、財産の損害、あるいは過失によって生じた事故による死亡を含むあらゆる損害賠償責任から担当インストラクター、担当ガイド及び『潜水処武蔵』を免除し、請求権を放棄する事を目的とした私の意思に基づくものです。私はこの免責同意書を署名前に熟読し内容を熟知しています。

参加者署名 _____ 記入日 20 年 月 日
 未成年の場合は保護者署名 _____ 記入日 20 年 月 日

アンケートにご協力下さい。今日のご感想をぜひ!!! お客様からの生の声としてHPに掲載させていただきます。
 ペンネーム _____ ご感想 _____

*ダイビングショップ運営業務により取得した個人情報、当該業務の遂行に必要な範囲以外の他の目的に利用することはありません。