

マーレマリンクラブ沖縄 (体験ダイビング) 申込書

年 月 日

フリガナ		〒		TEL		e-mail	
氏名			住所				
生年月日	年齢	性別	血液型	勤務先・学校名			
年 月 日	才	男 女	型				
身長	体重	足のサイズ	右視力	左視力	DM等の発送 可・不可		
cm	kg	cm					
緊急連絡先		(続柄) 住所		TEL			
氏名		()					

このコースに参加されるにあたりご希望などありましたら教えてください。

体験ダイビング参加のための病歴 / 健康診断書

参加者記入欄

- あなたの現在、過去に渡る病歴で、正直に該当する箇所に全てレ印を記入して下さい。

日常、習慣的に投薬、もしくは市販の薬品を服用している。	現在、何らかの原因で医師にかかっている。
耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある。	てんかん、発作、痙攣をおこす。またはそれを押さえる為の薬を服用している。
飛行機内、あるいは高地でのドライブのとき、耳の気圧障害(一時的な耳詰まりが治らない)になったことがある。	心臓疾患にかかったことがある。
高血圧症、又は血液降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用したことがある。	狭心症、あるいは心臓発作手術または動脈手術を受けたことがある。
麻薬、薬物依存症、あるいはアルコール依存症になったことがある。	ぜんそく、あるいは呼吸時や運動時にぜいぜいすることがある。
意識喪失や、気絶をしたことがある。	糖尿病にかかったことがある。
	以上のどれでもない。
- あなたの病歴中、重病のケガや入院した事がありますか? ある(理由)) ・ない
- 今回体験ダイビングに参加するに当たり病的問題がありますか? ある(理由)) ・ない
- 最後に受けた健康診断は 年 月 日 その時に異常はありましたか? ある(理由)) ・ない

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。

日付 年 月 日 署名 _____

日付 年 月 日 保護者署名 _____

参加確認書

よく読んでください

体験ダイビングは楽しく素晴らしい経験ではありますが、潜在的な危険をはらむスポーツでもあります。このため、正しい知識と適切な指導をインストラクターから受ける必要があります。そこで、体験ダイビングに参加するにあたって、インストラクターの指導・指示に従っていただくことをご承諾いただきます。

参加対象者

8歳以上で、健康上特に問題の無い方。

参加できない場合の健康上の理由

- 呼吸器系、循環器系に支障がある。
- 急に意識を失うような経験がある。
- 現在、耳・鼻に異常があったり、風邪をひいている。

体験ダイビングを受ける際のルール

- 内容説明とテクニックをインストラクターから教わってください。
- 常に呼吸は続け、絶対に止めないでください。
- インストラクターの指導・指示に従ってください。
- 体験ダイビング中に体調に変化が生じた場合は、すぐにインストラクターに申し出てください。

以上確認し、体験ダイビングリングコースに参加します。

署名 _____ 年 月 日

保護者署名 _____ 年 月 日

(未成年の方は、親権者または保護者の署名が必要です。)

マーレマリンクラブ沖縄担当者署名 _____