TrueNorth沖縄　プログラム参加申込書

この度は当店をご利用いただき誠にありがとうございます。ご参加前に申込事項のご記入をお願致します。

ご参加日
2 0　　年　　月　　日

ご利用者様情報

プログラム名	□スキンダイビング　□フリーダイビング　□ライセンス講習								
フリガナ				生年月日	西暦　　年　　月　　日				
氏名				年齢	才	性別	□男　□女		
				血液型	□A　□B　□O　□AB　□不明				
携帯電話	—　　—			自宅電話	—　　—				
現住所	〒								
沖縄滞在期間	～			宿泊先					
レンタルサイズ	身長	cm	体重	kg	足サイズ	cm	視力	右（　　） 左（　　）	度付きレンズ希望	□あり・□なし
メールアドレス	@								
	当店では大事なご案内を全てメールでお送りしております。日中ご覧頂きやすいメールアドレスをご記入ください。携帯アドレスの方で迷惑メールフィルタをご利用の方はドメイン指定もお願い致します。※yahooアドレスの方は迷惑メールフォルダにメールが入ることがありますのでご注意ください。								

●お客様に万が一の事が起きた場合の大事なご連絡先となりますので全てご記入をお願いします。緊急時のご連絡以外には使用いたしません。

緊急連絡先

フリガナ		続柄	
氏名		緊急連絡先	—　　—

ダイバーメディカルチェックシート

レクリエーショナルスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険が生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。条件が当てはまる人、あるいはその傾向がある人は医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカルチェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適正に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師の相談をしてください。具合が悪いと感じたら、ダイビングをしないでください。伝染性の病気にかかっている可能性がある場合は、ダイビング活動に参加をしないようにして、自分と他の人を守ってください。このチェックシートでの"ダイビング"という用語はスクーバダイビング・フリーダイビング・スキンダイビングの事を指します。あなたの安全、そして一緒にダイビングをする他の人の安全のために、すべての質問に正直にお答えください。

- □ 循環器系（不整脈・心臓障害　等）
- □ 呼吸器系（気管支炎・気胸・肺の障害　等）
- □ 糖尿病
- □ 神経系（失神・神経障害　等）
- □ 閉所・高所恐怖症
- □ パニック障害
- □ 中耳炎などの耳の障害
- □ 鼻（副鼻腔）の障害
- □ うつ病
- □ てんかん
- □ 偏頭痛
- □ 腰痛・ヘルニア
- □ 高血圧（血圧　　－　　）→薬でコントロールできていますか？　□はい・□いいえ
- □ 手術を受け通院している　（病名：　　手術からの経過日数：　　）
- □ 現在、投薬をうけている、または服用している　（お薬の名前：　　）
- □ その他、持病・既往歴や気になる症状　等　（　　）

※ プログラムにご参加いただけません

- □ 現在、飲酒をしている
- □ 妊娠中または可能性がある

□ 上記の項目のいずれにも該当しない

参加者宣誓文

よく読んで、ご記入ください。

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿はすべての質問に正直に答えました。質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことの為に、いかなることが生じてもその責任は私にあることに同意致します。また、（有）トルノスが開催するプログラムに参加することは、私の自己の意思で行うものであり、インストラクターの指示を厳守いたします。私は、プログラム参加中にインストラクターの指示を無視して私の過失によって発生する損害のすべてについて、私が責任を負うとともに、（有）トルノスに対し賠償責任を問わないことに同意し署名いたします。

参加者署名（楷書）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

未成年の場合
保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　付：　　年　　月　　日

担当インストラクター
署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿