

マリンスポーツ体験申込書

参加メニューにチェックして下さい
カヤック&シュノーケル バナナ&シュノーケル
体験ダイビング シュノーケリング

フリガナ	ミヤコ タロウ	性別	生年月日	1995 年 1 月 1 日
お名前	宮古 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	血液型	A 型 RH <input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> -
ご住所	〒 906-0012	学校名	県立宮古高校	
	沖縄県宮古島市平良字西里000番地	クラス	1 組	
自宅TEL	0980 - 73 - 0000	緊急連絡先	090 - 0000 - 0000	
レンタル器材	<input type="checkbox"/> マスク(視力 右: 1.0 左: 1.0)		<input type="checkbox"/> フィン(26.5 cm) ※靴のサイズをご記入ください	
サイズ	<input type="checkbox"/> ウエットスーツ(身長: 170 cm 体重: 60 kg)			

マリンスポーツ体験参加のための安全実施要項了解声明書及び病歴書

この声明書は、アイランドエキスパートが主催するマリンスポーツ体験のために設定された安全基準のために実行すべき事項をあなたに知って頂くためのものであり、マリンスポーツ体験に参加するにあたっての快適度や安全性を増して頂くという意図のもとに作成されています。

あなたはこれらの安全実施要項を知っていますという証拠として、署名をして頂かなくてはなりません。

署名をする前に、この声明書をよく読んで話し合ってください。

私、**宮古 太郎** (氏名を楷書で)は、マリンスポーツ体験に参加するにあたり以下の事項を守るべきである事を了解しております。

- 1 マリンスポーツ体験に参加するにあたって心身共に健康を維持すること、アルコールや薬物の影響下での参加をさけること。
- 2 参加メニューに関する説明や指示をよく聞き、自分の参加メニューを監督するインストラクターの注意を必ず守ること。
- 3 マリンスポーツ参加中は、最初から最後までインストラクターと共に行動すること。
- 4 水中生物には、いっさい手を触れないこと。

<体験ダイビング参加者の皆さまへ>

潜水中は正しい呼吸をすること。圧縮空気を吸っている時には絶対に息ごらえやスキップ呼吸をしてはならない。また、水面、水面下を問わず水中にいる時は動きすぎによる疲労を避け自分の能力の限界内で潜水すること。

私は、上記の実施要項の重要性と目的を理解いたしました。これらを守ることが私自身の安全と楽しみのために必要であることを認識し、マリンスポーツ体験に参加するにあたってこれらの実施要項を守らない場合は私自身を危険にさらすことになるかも知れないことを認識しております。

病歴(該当する項目にチェックをして下さい) 過去1年程度の内容についてご記入

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 現在、医師のもとに通院している。または慢性の病気がある。 | <input type="checkbox"/> 高血圧である。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、常用している薬がある。() | <input type="checkbox"/> 過去に大きな「 ない 」をチェックしてください。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、耳が炎症、感染している。 | <input type="checkbox"/> 過去に手術を「 万 」病歴欄にチェックがある場合、 |
| <input type="checkbox"/> 最近、病気をしたり手術を受けた。 | <input type="checkbox"/> ダイビング中に「 診断書 」が必要となります |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に頭痛がしたり、偏頭痛がある。 | <input type="checkbox"/> 麻痺状態やめまい、失神等の病歴がある。 |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい。または気管炎になりやすい。 | <input type="checkbox"/> 癲癇、発作、痙攣などの病歴がある。 |
| <input type="checkbox"/> 圧平衡(耳抜き)が困難である。 | <input type="checkbox"/> 循環器系(心臓血管系)の病歴がある。 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病である。 | <input type="checkbox"/> サイナス(副鼻腔)の病歴がある。 |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。 | <input type="checkbox"/> 喘息、肺気腫、結核等の病歴がある。 |

以上のどれでもない

※病歴に該当がある方が体験メニューに参加する場合は医師の診断書(医師の確認)が必要になります。

※病歴に該当なしの場合はかならず「以上のどれでもない」にチェックを入れてください。

実施日をご記入 月 日 に記入した情報は、私の知る限りに於いて真実であり、正確であることを誓い 記入日をご記入 月 日 のマリンスポーツ体験に参加を申し込みます。

参加者署名 **宮古 太郎**

保護者署名 **宮古 花子**

年 月 日
 ※体験ダイビング、シュノーケリング参加者が未成年の場合、保護者の署名、押印が必要です。

備考欄

※この個人情報は、マリンスポーツ関連の業務上使用するものであり、それ以外の目的で使用することはございません。