

DIVE LiFE okinawa

参加申込書

コース

★必須 フリガナ

氏名 _____ S・H 年 月 日(歳) 未婚・既婚
ニックネーム _____ TEL _____
〒 _____
住所 _____ 携帯電話 _____

★必須 緊急連絡先

フリガナ

氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____

ダイビング経験 (有・無) ライセンス (有・無) 本数 本 最終潜水日

★ HPや当店のブログ・SNS関連にお客様の写真を使用させて頂いてもよろしいでしょうか? はい・いいえ

★ あなたの現在・過去における病歴で該当するものすべてを正確にチェックして下さい。

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 自然気胸 | <input type="checkbox"/> 肺結核 | <input type="checkbox"/> 鼻炎・花粉症 | <input type="checkbox"/> 中耳炎・耳の感染 |
| <input type="checkbox"/> 胃かいよう | <input type="checkbox"/> 神経性過敏 | <input type="checkbox"/> 精神障害 | <input type="checkbox"/> めまい・失神 | <input type="checkbox"/> 頻繁な頭痛 | <input type="checkbox"/> 捻挫・骨折 |
| <input type="checkbox"/> 心臓障害 | <input type="checkbox"/> 高・低血圧 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 肝臓障害 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 閉所・高所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 薬品の使用 | <input type="checkbox"/> 喫煙 | <input type="checkbox"/> 乗り物酔い | <input type="checkbox"/> 妊娠 |
| <input type="checkbox"/> 上記24項目に該当項目なし | | | | | |

● あなたの病歴中、重症のけがや入院、手術したことがある病気をすべて書き出してください。

● あなたが現在服用している薬類をすべて書き出してください。

● 最後に受けた健康診断は 年 月 日

※※※免責同意書※※※

私は、海に潜在的な危険性があることを十分承知し、自由意志を持って参加し自己の責任をもちマリン活動を行うことを誓い申し込みます。又、参加期間中に、万が一、私に障害・死亡・その他の事故が発生した場合、私自身、家族、後継者、その他の関係者に対して、DIVE LiFE okinawa の責任が発生しないことに同意します。

私はこの同意書に署名する前によく読み、内容を完全に理解し、自由意志により署名しました。
※万が一、緊急事態が発生した場合、酸素供給を受けます。

ツアー参加日 : 平成 年 月 日

申込者または保護者署名

(未成年者は、保護者または親権者の署名が必要です)