

# fill color ファンダイビング参加申込書



**fill color**  
OKINAWA DIVING SERVICE

※住所・氏名は正確に記入をお願いします。 申込日 年 月 日

開催地		参加日程	月 日～ 月 日
フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
現住所	〒		電話 携帯
職業		勤務先	電話
宿泊先			
緊急連絡先	電話		

## ◎ダイビング経験

認定団体		ランク		認定証取得年月日	年 月
ダイビング歴	年で	本		最後にダイビングを行った日	年 月
耳抜き	<input type="checkbox"/> 普段から問題ない ・ <input type="checkbox"/> 不安		フリー潜降	<input type="checkbox"/> できる ・ <input type="checkbox"/> できない	
ドリフトダイビングの経験	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		当店の利用は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	

## ◎ファンダイビング参加のための病歴チェック

☆あなたの、現在、過去にわたる病歴を正確に記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 呼吸器系トラブル	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 耳、鼻の病気
<input type="checkbox"/> 薬品の使用	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
☆あなたの、現在のコンディションを記入して下さい。					
<input type="checkbox"/> 風邪をひいている	<input type="checkbox"/> 睡眠不足	<input type="checkbox"/> 疲労感がある	<input type="checkbox"/> 二日酔い	<input type="checkbox"/> アレルギー体質	
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 船酔いにかかりやすい	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
☆あなたは、過去に病的問題が生じて、ダイビングを中止したことはありますか？					
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ( )				

☆上記に記入した事項は私が知る限りすべて正しいことを誓います。

年 月 日 署名

## 承諾書

私はダイビングの認定証の保持者としてダイビングの危険性については十分な認識を有しており、また危険を回避する安全ルールも熟知しており、自分でどのように行動するべきか明確に理解しています。私はまた、体調、海況の判断、器材の装備と調整、水中での行動、危険等全ての最終的な判断を自分自身の意思により、決断し、行動するものであります。ガイドからの情報や提案は、私が認定証を保持するダイバーとしての確に判断し行動できることとして提供されれば十分であることを認証します。

従って、私はファンダイビング参加に関連して生じる事故、障害など全てのリスクを認識したうえで、参加を希望するものであり、同時にそれらのリスクを私自身の責任として私自身が引き受けるものであることを確認し承諾致します。

年 月 日 署名