

# Sea Friend® ファンダイビングコース申込書

参加日：西暦 年 月 日～ シーフレンド泊 他民宿泊( ) 日帰り

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日（西暦） 年 月 日（才）	血液型 ( )型
住所〒	TEL:		
緊急連絡先（必ずお書き下さい）			
氏名	(続柄:	) TEL:	
ご予約内容／クーポン（受付担当者記入欄） Dive× 日間	memo		
ご出発日： 月 日 <input type="checkbox"/> マリンライナー <input type="checkbox"/> フェリー : 出航	帰りの飛行機： 月 日		

## ●●●●● Medical Check / 健康調査票 ●●●●●

身長：\_\_\_\_\_ cm 体重：\_\_\_\_\_ kg 足のサイズ：\_\_\_\_\_ cm 視力：良い 度付 コンタクト

※あなたの現在または過去の病歴等で、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"/> 現在、風邪をひいている。又は鼻がつまっている          | <input type="checkbox"/> 現在、通院中である(※妊娠中の方も含む)  |
| <input type="checkbox"/> 鼻、副鼻腔の病歴                        | <input type="checkbox"/> 現在、薬品を常用・服用している _____ |
| <input type="checkbox"/> 耳の病歴(中耳炎・難聴・圧平衡の不調)             | <input type="checkbox"/> 糖尿病                   |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器系の病歴(ぜんそく・肺結核・肺炎・自然気胸など)     | <input type="checkbox"/> 神経系の病歴                |
| <input type="checkbox"/> 循環器系の病歴(心臓障害・不整脈・高血圧・狭心症など)     | <input type="checkbox"/> 最近、手術を受けた。又は病気をした。    |
| <input type="checkbox"/> その他、上記以外の病歴もありましたら記入して下さい _____ |  |

## ●●●●● 確認書 ●●●●●

私は、認定を受けたダイバーであり、スクーバダイビングが有する潜在的な危険性について十分理解しています。  
また、(有)シーフレンド内におけるルールやガイドインストラクターの直接の指導・監視下において安全に水中活動を行う事を遵守します。私は、自己責任においてこのコースに参加し、万一ファンダイビング参加中に身体的・物的障害等が発生した場合、私と私に関係するいかなる者も、ファンダイビングを開催する(有)シーフレンド、及び職員に対して一切責任を問わないことを承諾し、同意します。

私は、上記健康調査票および確認書の内容に偽りがない事を確認し、自由意志により署名します。

西暦 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_ 受付担当者 \_\_\_\_\_

西暦 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_ インストラクター \_\_\_\_\_

(参加者が未成年の場合、保護者または親権者の署名)

\*個人情報保護法に基づき、適切な取り扱い・管理を行い、法的な理由でのみ開示する場合があります。