

Sea Friend® 体験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:

スノーケリングの経験はありますか? <input type="checkbox"/> ある(回くらい) <input type="checkbox"/> 今回が初めて	ご予約内容/クーポン(受付担当者記入欄)
---	----------------------

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 ※飛行機搭乗日のダイビングは禁止されています。
--	--

※体験ダイビング前の飲酒は危険です。すでに飲酒している方は、お断り致します。

●●●●● 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、海には潜在的な危険性があることを十分に承知し、自己責任で体験ダイビングコースに参加します。
万一、体験ダイビングコース参加中、担当インストラクターの管理・指示に従わずして発生した身体的・物的障害等については、私と私に関係するいかなる者も、体験ダイビングコースを開催する(有)シーフレンド、及び職員に対して一切責任を問わない事を承諾し、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無い事を確認し、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。

(有)シーフレンド 〒901-3502 沖縄県島尻郡渡嘉敷村字阿波連155 TEL 098-987-2836 FAX 098-987-2647