アクティビティメニュー

参加申込書

参加日：	年　月　日
参加メニュー：	A ・ B ・ C

【参加にあったてのお願い】

カイザーマリンクラブが開催しているアクティビティメニューは全てが思い出に残る楽しいものです。しかし自然のフィールドにおいてそのルールを無視すれば時として重大な事故にもつながる可能性があります。担当するスタッフは安全管理を充分に行いながらメニューを開催しております。皆さまの健康状態についても担当スタッフが把握しておく必要がありますので下記の健康チェックは正確に記入してください。また開催中はスタッフの指示に必ず従って頂くようにお願い致します。

代表者記入欄

フリガナ 氏名	性別　男 ・ 女 電話番号	年齢　歳	
住所			
宿泊先	緊急連絡先 氏名	続柄	電話番号

《健康チェック》あなたの病歴と、今日現在の健康状態について該当するものに「レ印」をつけてください。

□今現在、体調がすぐれない　□コンタクトレンズを使用している　□飲酒している
□現在風邪をひいている　□現在薬を常用している　□一年以内に手術や入院をした
□自然気胸　□肋膜炎　□肺結核　□てんかん　□心臓障害　□現在妊娠している　□喘息
□高・低血圧　□糖尿病　□不整脈　□偏頭痛・めまい・失神　□神経障害　□現在通院している
□鼻のトラブル（蓄膿症など）　□耳のトラブル（中耳炎・外耳炎など）　□ツアー終了後搭乗予定がある
□閉所・高所恐怖症　□過呼吸になったことがある　□その他伝えたいことがある
□ひとつも該当しません　スタッフ記入欄＿＿＿＿＿＿＿＿

〈 危険の告知 / 同意書 〉

アクティビティメニューに参加される全ての方がお読みになってください。

1、私は【参加にあたってのお願い】を読み、説明を受け理解しました。
2、健康チェックには、正直に知る限りのことを全部記入しました。
3、マリンスポーツは楽しいレジャーであると同時に潜在的な危険性をはらむことを承知し、万一の怪我やトラブルが発生した時、開催者側の故意または重大な過失によるものでない限り当事者のインストラクターやマリンスタッフにも責任を追及しないことに同意します。

カイザーマリンクラブ　代表　洲鎌　佑弥

私は、上記事項を十分理解しここに同意します。

同伴者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日
同伴者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日
同伴者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日
同伴者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日
同伴者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日
同伴者様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日

体験ダイビング・ＦＡＮ参加申込書

このダイビングは、あなたに水面下における圧縮空気の呼吸を、安全に監視下で紹介する為にデザインされています。直接的な監視なしで、ダイビングの訓練をするものではありません。ダイビングに参加するにあたって、存在する潜在的な危険性がある事を承知して頂き、理解して署名する事が必要になりますので枠内の記入をお願い致します。

日頃泳ぐことに不安がありますか？	□ ＹＥＳ	□ ＮＯ
過去にダイビングを経験したことがありますか？	□ ＹＥＳ	□ ＮＯ
本日ダイビング終了後に飛行機の搭乗予定はありますか？	□ ＹＥＳ	□ ＮＯ
水に顔をつけることに抵抗がありますか？	□ ＹＥＳ	□ ＮＯ

本日のご利用経緯を〇で囲んでください。

（当店ＨＰ ・ るるぶ ・ マップル ・ たびらい ・ 紹介 ・過去に利用した ・ 他 （ ））

注　意　事　項

ダイビングはエキサイティングなスポーツです。しかし、ダイビング技術やルールを無視すれば、相当な危険が生じます。従って、ダイビングの技術を学ぶことが必要です。又、ダイビングする時は体調が良好でなければなりません。ちょっとした健康上の問題もダイビングの際には大きな問題に結びつくことがあります。病歴書は正しく記入して頂けましたでしょうか。

安全にダイビングを行う為の健康状態やルールなどについては、インストラクターから具体的な指導がありますので、必ず厳守して下さい。あなたがインストラクターの保護なしにダイビングする為には、更にトレーニングを受け、ダイバーとして認定されることが必要です。従って現時点ではインストラクターの指導・監督なしにダイビングをする事は絶対にやめて下さい。

同　意　書

1、私は注意事項を読み、説明を受け、理解しました。

2、病歴には正直に、知る限りのことを全てチェックしました。

3、ダイビングの危険性について全て確認し、ケガ、死亡、その他障害が生じ得る今回のダイビングに関係して発生するトラブルを、当事者のインストラクターにも、マリンスタッフにも責任を追及しないという事で同意し、安全にダイビングするためのトレーニングを受けることに異存はありません。

4、潜水中または潜水後に意識不明に陥った場合、医療用純酸素の供給を求めます。

私は、上記事項を十分に理解し、ここに同意します。

署名：　　年　　月　　日

【保護者】※未成年の方の場合親権者の方の署名をお願いします。

署名：　　年　　月　　日