

体験ダイビング・スノーケリング参加申込書

氏名	姓／	名／
	FAMILY NAME／	FIRST NAME／
住所	〒 _____ 都道府県 _____	
生年月日・性別	メールアドレス： _____ (西暦) 年 月 日	携帯TEL： _____ () 年齢 () 才 男・女
血液型	血液型 A ・ B ・ O ・ AB Rh+ Rh-	
視力	右 _____ 左 _____	(裸眼・眼鏡・コンタクト)
身体サイズ	足 _____ 身長 _____	体重 _____
緊急連絡先	氏名 _____ 続柄 _____	TEL： _____ ()

健康状態の確認

- 下記の病気や症状を持っている場合には口にマークしてください。健康状態によってはプログラムに参加できない場合があります。
- 鼓膜せん孔 メニエール病 中耳炎 慢性副鼻腔炎(蓄膿症) 日常生活や運動に制限が生じる花粉や食物等に起因するアレルギー反応
- COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常(検査による運動制限) 鼻腔閉塞(鼻ポリープ・鼻中隔湾曲) 自然気胸 肺炎腫
- 歯に補填物による空洞や適合していない義歯がある 内因性の気管支喘息 結核 肺に空洞が残った結核 喫煙による気管支の炎症
- 急性呼吸器感染(風邪・肺炎・気管支炎) 不整脈 弁膜症 冠動脈疾患 心筋症 高血圧 精神症 アルコール中毒 神経痛
- てんかん 神経疾患 偏頭痛 頭部外傷後のけいれん発作・脳波異常 緑内障 結膜炎 対麻痺 関節炎 関節リウマチ
- 脳卒中(脳内出血・脳梗塞・くも膜下出血) 筋肉炎 胃・十二指腸潰瘍 肝炎 膵炎 糖尿病 極度の肥満 妊娠
- 甲状腺疾患(内服で調節不可能なもの) 閉所、高所、開けた場所などの恐怖症 ひどい乗り物酔い
- 飛行機に乗った時、または車で峠を越えたとき、耳や副鼻腔の圧力平衡がとれず痛みを感じる
- 5秒間に5回、椅子の上に昇り降りして、脈拍を測定し、45秒以内に元に戻らない 上記以外の病気

注意事項の確認

お客様の故意又は過失により、お客様がインストラクターの安全に基づく指示に従わなかったり、勝手な行動を起こしたりすることが、お客様自身に危険を招き事故につながります。プログラム参加中は、インストラクターの安全に基づく指示に従ってください。また、プログラム中に何らかの異常を感じた時は、参加中止や中断の意思をインストラクターに明確に伝えてください。

プログラム開始時の確認

- プログラム参加日に、睡眠不足、酒気、薬物使用、体調不良などの症状があると、プログラムに参加できません。
- 下記の質問にYESかNOでお答えください。

睡眠時間は十分です。・・・ _____

一切の薬物を服用していません。・・・ _____

酒気をおびていません。・・・ _____

健康状態は良好です。・・・ _____

花粉や食物等に起因するアレルギー反応はありません。・・・ _____

COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常(検査による運動制限)はありません。・・・ _____

本日のプログラムの参加を希望します。・・・ _____

プライバシーポリシーの確認

当店は、お客様の個人情報の重要性を認識し、その保護徹底をはかり、個人情報に関する法律を遵守するとともに以下のプライバシーポリシーに従い、お客様に関する情報の保護に努めます。

- 講習およびダイビング情報の提供と認定証の発行の目的以外でお客様の個人情報を使用することはありません。
- お客様の個人情報への不正なアクセス及び個人情報の紛失、改ざん、漏洩等の危険に対し、適切かつ合理的なレベルの安全対策を実施します。
- 個人情報の取扱いを外部に委託することは一切ありません。
- 収集した個人情報は、商品開発およびマーケティング活動のために利用させていただくことがありますが、ご連絡をいただければお問合せ、パンフレットの送付等のご連絡を差し上げることは致しません。お客様が個人情報を提供された場合、弊社から、お客様がご興味を示されると思われる情報等を電子メール、その他の方法でお届けすることがあります。お客様がこれらの情報配信を希望されない場合は、ご連絡をいただければ直ちに情報の配信を停止します。
- お客様の個人情報を、お客様ご自身の同意なしに第三者に開示、提供することはありません。ただし、法令により開示を求められた場合には、お客様ご自身の同意なく個人情報を開示、提供することがあります。

上記の内容に同意し、私の申告内容が真実である証として、下記に署名いたします。

署名日

参加者署名

保護者署名(未成年者の場合)

年 月 日