

お申込コース		<input type="checkbox"/> ファンダイビング		<input type="checkbox"/> 体験ダイビング		<input type="checkbox"/> ライセンス取得		<input type="checkbox"/> その他のコース()	
フリガナ _____		<input type="checkbox"/> 男 お名前		<input type="checkbox"/> 女		ご住所 下			
生年月日		ご職業		ご自宅電話					
携帯メール		携帯電話							
PCメール		緊急連絡先 (お名前・電話)				続柄			
ご滞在期間 ~		ご宿泊先		お帰りの 交通手段		<input type="checkbox"/> クイーンざまみ(高速船)		時発便	
ポートダイビング の経験本数は		<input type="checkbox"/> 初めて		<input type="checkbox"/> 10本未満		<input type="checkbox"/> それ以上		ケラマでの ダイビングは	
						回数		阿嘉島での ダイビングは	
								回数	
カード指導団体		経験本数		本		ランク		最後にダイビング した年月	
観たい魚		ご希望の ダイビング		<input type="checkbox"/> 写真撮影		<input type="checkbox"/> 癒し系		<input type="checkbox"/> スバリ大物	
								<input type="checkbox"/> 洞窟・地形	
								<input type="checkbox"/> マクロ系	
								希望する ポイント ()	
器 材		今回の レンタル		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> マスク・スノーケル		<input type="checkbox"/> フィン・ブーツ	
								<input type="checkbox"/> BCジャケット	
								<input type="checkbox"/> ウェットスーツ	
								<input type="checkbox"/> ダイブコンピューター	
								ウェイト量 (10Lアルミタンクの場合)	
								kg	
レンタル ご希望の場合		身長		cm		体重		kg	
								足の サイズ	
								cm	
								BC サイズ	
								<input type="checkbox"/> S	
								<input type="checkbox"/> M	
								<input type="checkbox"/> L	
								視力	
今回のお支払い方法は		<input type="checkbox"/> 現金		<input type="checkbox"/> クレジットカード(Master, VISA, AMEXのクレジットカードでのお支払いが可能です)※一括払い					

健康チェック

※健康チェックはご自身で正確にご記入ください。

(1) 睡眠不足です。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	(12) ぜんそく、肺結核、肺気腫等の病歴があります。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
(2) 風邪をひいています。(鼻がつまっています)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(13) 閉所恐怖症です。(狭い場所が苦手です)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(3) 薬を常用しています。(具体的に)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(14) タバコを吸います。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(4) 呼吸器系のトラブル・疾患の病歴があります。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(15) 耳もしくは鼻に問題があります。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(5) 糖尿病です。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(16) 神経系統が不調です。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(6) ひきつけ、めまい、失神の病歴があります。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(17) 医師のもとに通院中または慢性的の病気です。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(7) 心臓に関する障害の病歴があります。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(18) 船酔いしやすい。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(8) 高血圧症です。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(19) 手足の動きに制限があります。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(9) 1年以内に手術もしくは病気をしました。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(20) メガネ・コンタクトレンズを使用しています。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(10) サイナス(副鼻腔)の疾患があります。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(21) その他、気になることがあればご記入ください。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(11) 妊娠中です。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						

誓約書

※誓約書はよく読んで理解した上でご署名ください。

- 健康チェックには、私自身または保護者の知る限りの真実を全て記入しました。また、ダイビングに適した健康状態です。
 - 私は、ダイビングに参加するにあたって、様々な注意事項をよく理解し、常に安全潜水に努めます。
 - ダイビング中は船長、ガイドインストラクターの注意及び指示に従い、バディシステムを厳守し、責任ある行動をとります。
 - 安全管理の事由で、インストラクターの判断により、ダイビングを中止する場合はそれに従います。
 - 海の状況、体調及びその他の理由によりダイビングが私自身に無理と思われる時は本コースを取りやめます。
 - 私自身の都合でダイビングを実施しなかった場合は本コース及びレンタル器材料金の払い戻しの請求は致しません。
 - 私は、ダイビングで使用するレンタル器材がある場合は使用説明を受け、安全に十分注意し使用します。
 - 私個人の過失による事故等が発生した場合はいかなる形でも関係者に責任を追究しません。
 - ダイビングに参加中に、意識不明・呼吸停止状態に陥った場合、酸素供給等の処置を受けることが望ましい事を了解しています。
 - 私個人所有の器材等は、全て私自身の責任の下、管理・保管を行います。万が一破損及び紛失した場合、関係者に責任を追究しません。
 - ダイビング前、5時間以内に飲酒していません。また、しません。
 - 今回のダイビングは私の望むところであり、健全なダイバーとして自己の安全管理を行います。
- 私はここに、ダイビングに関する全ての危険の責任を負い、ダイビング事故に関し、ガイドインストラクター・同行者に対して、故意または重大な過失によるものでない限り、いかなる訴訟、または一切の損害賠償も請求致しません。

※本人直筆にてお願い致します。 年 月 日 | 年 月 日

本人署名

保護者署名
(未成年者の場合)

※18歳に満たない方は保護者の同意が必要となります。