

参加申込書

はじめに

- ・メニュー参加日に飛行機へ搭乗予定がある方(ダイビング参加者のみ)、薬やアルコールの影響下にある方、妊娠中の方は参加をご遠慮していただく場合がございます。
- ・未成年者は、保護者の署名(同意)が必要です。
- ・下記病歴書の項目に該当する場合は、参加をご遠慮していただく場合もございます。

フリガナ				生年月日	性別
お名前				西暦 年 月 日 歳	男・女
現住所	〒 都道府県				
電話番号	自宅 () -	緊急時 連絡先	お名前 続柄		
	携帯 -		電話番号		
参加メニュー	<input type="checkbox"/> シュノーケリング <input type="checkbox"/> 体験ダイビング <input type="checkbox"/> セット <input type="checkbox"/> サンゴ再生プログラム				
	<input type="checkbox"/> ポイント <input type="checkbox"/> サンゴ畑 <input type="checkbox"/> 万座毛洞窟 <input type="checkbox"/> その他()				

シュノーケリング 経験回数	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 3~5回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 6回以上	体験ダイビング 経験回数	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 3~5回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 6回以上
------------------	---	-----------------	---

病歴書

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 風邪を引いている 鼻がつまっている | <input type="checkbox"/> 投薬を受けている |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔の病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> 妊娠中である |
| <input type="checkbox"/> 耳の病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> 糖尿病である |
| <input type="checkbox"/> 肺や呼吸器の病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である |
| <input type="checkbox"/> 心臓に関する病歴がある(含現在) | <input type="checkbox"/> 最近病気をしたり手術を受けた |
| <input type="checkbox"/> 発作、麻痺、めまいをおこしやすい | <input type="checkbox"/> 医師のもとに通院している |
| <input type="checkbox"/> 失神、意識喪失、けいれん、てんかんなどの発作を起こしたことがある | <input type="checkbox"/> 以上の病歴には該当しない |
| <input type="checkbox"/> 高血圧である | |

私_____は、上記の病歴書を正確に確認し、私自身の意思でマリンメニューへの参加を申し込みます。またマリンメニューの参加にあたっては、インストラクターの指導、指示を遵守します。上記のマリンメニュー参加中に私自身の責任により起り得るあらゆる損害について一切の責任が株式会社ラグーン及び担当するインストラクターに発生しないことを同意します。この書面が私の署名(私が法的成人に達していない場合には、保護者署名)によって免責同意書を同じ効力を有することも同意します。

参加者署名

日付 年 月 日

保護者署名

日付 年 月 日

※未成年者の場合、保護者の方の署名が必要となります。

この個人情報は、業務上使用するものであり、それ以外の目的で使用することはありません。

