

体験ダイビング参加申込書

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

- ・高画質GoPro撮影コース ☐無料 ☐有料
無料 枚数5～10枚程 写真のみ タ方～夜にLINEで送付
有料 写真+動画撮り放題 ツアー後に直接スマホにデータ転送
- ・当店SNS等への写真掲載 ☐許可 ☐許可しない
・復路飛行機搭乗予定日 _____ 月 _____ 日

健康状態の確認

■過去または現在、下記の病気や症状がある場合には☐にチェックしてください。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疾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） ☐気胸 ☐肺気腫
☐歯に補填物による空洞や適合していない義歯がある ☐気管支喘息 ☐結核 ☐喫煙による気管支の炎症 ☐急性呼吸器感染（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 ☐パニック発作 ☐その他循環器系・呼吸器系疾患や耳鼻の病気
☐上記以外の病気（ _____ ） ☐その他手術歴（ _____ ）

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。

さらに、お客様は下記の①～⑤の遵守事項（沖縄県条例施行規則第25条）を遵守してください。

- ①潜水具の正しい使い方について習得すること。
②過労、睡眠不足、食事直後、飲酒又は薬物服用の状態では潜水しないこと。
③水中では、必ずバディシステム(2人以上の者が相互に安全を確認しながら潜水又はスノーケリングをすることをいう。以下同じ。)を遵守すること。
④養殖又は畜養中の魚貝類の育成を害しないこと。
⑤ガイドダイバーの指示又は指導に従うこと。

ご不明な点は、ご遠慮なく担当インストラクターや当店にご確認ください。

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。

■プログラム参加日に、下記の質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。

- ☐はい ☐いいえ 睡眠時間は十分です。
☐はい ☐いいえ 市販薬・処方薬含め、一切の薬物を服用していません。 いいえの場合、何用の薬か右に記載（ _____ ）
☐はい ☐いいえ 酒気をおびていません。
☐はい ☐いいえ 熱はなく健康状態は良好です。
☐はい ☐いいえ 花粉や食物等に起因するアレルギー反応はありません。 いいえの場合、何のアレルギーか右に記載（ _____ ）
☐はい ☐いいえ COVID-19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。

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、プログラム参加日に下記に署名いたします。

プログラム参加日 _____ 参加者署名 _____ 保護者署名（未成年者の場合） _____ スタッフ確認サイン _____
年 月 日