

体験ダイビング参加申込書

体験ダイビング 参加日	20 年 月 日	() dive予定			
ふりがな			☎		
氏名					
生年月日	年 月 日	年齢	歳	血液型	型
住所	〒				
Mail					

【緊急連絡先】

緊急連絡先名			☎		
緊急連絡先 住所	〒				

【参加者情報】

体験ダイビングの経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	経験数	過去に、()回経験
------------	---	-----	------------

【現在の健康状態について】

あなたは現在、健康状態で何か問題はありますか？ ある ない

●もし、あなたに期間中、何らかの健康上の異常が発生した場合は、速やかにその旨をスタッフにご連絡ください。

【了解事項】

- 案内・講習を受けるにあたって、十分に健康であり、案内・講習中の健康管理は本人の責任において行う事。
- ダイビングの潜在的な危険性を理解し、指導員の指揮の下で自分が安全にダイビングを行うに適していると認めた上で、海洋での案内・講習に参加する事。
- アルコール類や危険性のある薬物の影響下でダイビングを行う事は避ける事。
- 指導員の潜水に関する説明や指示を注意深く聞き、安全な潜水を心掛ける事。
- 各潜水地での漁業規制や、潜水に関する法律や規制に従う事。

【誓約事項】

私は、体験ダイビングを行うにあたり、自分自身病歴を明記し、了解事項を納得した上で、現在及びこれからの自己管理を十分に行い、体の不調を感じた場合は直ちに指導員に報告し、指導員の指示を守り安全については十分に気をつけて参加・受講致します。万一私事による事故が発生しても、その責任は全て私個人にあり、ダイビングスクールとその関係者には一切何も請求しない事をここに誓約します。

裏面もよくお読みになり以下に署名をお願いします。

署名 _____ 20 年 月 日

保護者の署名（未成年者のみ） _____



裏面へ続く →→→

以下の項目に該当する方は医師の診断書が必要になります。

耳

- 現在、中耳炎や外耳炎にかかっている。
- 過去に耳や副鼻腔の手術や病気をしたことがある。

呼吸器系

- 現在、喘息、風邪、鼻づまりなどがあつたり、副鼻腔炎や気管支炎をわずらっている。
- 過去に肺の手術を受けたり、呼吸器系の病気、重度の花粉症やアレルギー、肺の病気、気胸、肺気腫、結核などになったことがある。

心臓

- 現在、血圧の治療薬を服用している。
- 過去に心臓や血管系の手術、高血圧症、狭心症になったことがあつたり、心臓病や心臓発作の病歴がある。
- 45歳以上の方で、家系に心臓病や心臓発作の病歴を持つ方がいる。

その他

- 普段の行動に影響を与えるような健康上や精神上の問題がある。
- 薬を服用している。
- 現在、運動能力や精神面に影響の起こる薬を服用している。
- 気を失ったり、けいれんやてんかんの病歴があつたり、それらの予防薬を服用している。
- 糖尿病、出血が止まりにくい病気、血液病になったことがある。
- 結腸（大腸）切除の手術を受けたことがある。
- ケガ、骨折、手術などで後遺症がある。
- 妊娠またはその可能性がある。
- 閉所恐怖症、開所恐怖症の病歴や、パニック障害がある。

ダイビングを安全に楽しむ為には、まず、健康な事が絶対条件です。

上記項目にひとつでも該当する場合、医師の診断書が無ければダイビングへのご参加はできません。

これらを隠してのご参加も大変危険ですので絶対におやめください。

これをお読みになった時点で、上記に該当項目があつたり質問などあれば速やかにお知らせください。

新型コロナウイルス感染症拡散防止のための質問と同意に関するお願い

下記に該当される方はメニューへの参加のみならず、奄美大島への来島自体を見合 わせていただけるようお願いいたします。

1. 現在、新型コロナウイルス感染者 もしくは、濃厚接触者である方。
2. 風邪の症状(発熱や咳 など)があつたり、胸部や呼吸器 に不調のある方。
3. その他新型コロナウイルス感染 可能性が疑われる症状がある方。
4. 同居する家族や身近な知人に上記 1-3 に該当する人物がいる方。
5. 過去14日以内に、入国制限及び入国後の行動制限を行っている国や地域 に渡航され方、または渡航者との濃厚接触がある方。
6. 過去 14 日以内にクラスターが発生したとされる場所を訪れた方。

奄美大島の医療機関では仮に感染者が出た場合の対応が非常に困難であること、 また重症化が懸念される高齢者(65 歳以上人口の割合が非常に高く、こうした島民の方々 への感染を防ぐ目的もあります。ご理解いただけるとありがたいです。

次の質問と同意事項をご確認の上、 にチェックを入れ、サインをお願いいたします。

私は上記の項目に一切該当しておりません。

奄美大島滞在中は 可能な限り、基本的な感染防止対策に務 め、感染拡大防止に協力いたします。

ショップ 利用後 3 日以内に私自身に発熱や咳、不調などの症状が出た場合、または2 週間以内に新型コロナウイルス感染が判明した場合 は速やかにショップに報告いたします。

ショップのスタッフ、または他のお客様に新型コロナウイルス感染が判明した場合、私の氏名や連絡先などを名瀬保健所に情報提供する事を承諾します。

署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者の署名 (未成年の方) _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日