

KUNIE SCUBA CENTER体験ダイビング参加申込書

氏名：ローマ字：
生年月日： 年 月 日 ホテル名：
現住所：
TEL： E-mail：
緊急連絡先 TEL： 申し込み先の旅行会社：

スクーバダイビングの経験がありますか。 [YES / NO]
上記の質問にYESとお答えいただいた方のみお答え下さい。 [体験 / Cカード保持者]

<病歴>

下記の質問に対してYESまたはNOに○をつけて下さい。

※回答にYESがある場合には、スクーバダイビングへの参加を許可する医師の診断書が必要です。

- ・現在妊娠している、もしくはその可能性がある。 [YES / NO]
- ・喘息(ぜんそく)あるいは呼吸時の喘息(ぜいぜいする)または運動時に喘息することがある。 [YES / NO]
- ・花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁に発作がある。 [YES / NO]
- ・カゼ、副鼻腔炎、気管支炎によくかかる。 [YES / NO]
- ・気胸がある、またはなったことがある。 [YES / NO]
- ・行動の問題、または精神的、心理的な問題がある。もしくはなったことがある。 [YES / NO]
- ・てんかん、発作、痙攣を起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。 [YES / NO]
- ・腰痛を繰り返し起こす。 [YES / NO]
- ・腰部または、背骨の手術を受けたことがある。 [YES / NO]
- ・腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後のあとの後遺症がある。 [YES / NO]
- ・中程度の運動ができない(例えば1.6kmの距離を12分で歩くことができない)。 [YES / NO]
- ・高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している、またはしていた。 [YES / NO]
- ・心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。 [YES / NO]
- ・心臓発作が起きる、または起きたことがある。 [YES / NO]
- ・狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。 [YES / NO]
- ・副鼻腔の手術を受けている。 [YES / NO]
- ・耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。 [YES / NO]
- ・耳の病気や手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害、耳の気圧障害になったことがある。 [YES / NO]
- ・潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。 [YES / NO]
- ・大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。 [YES / NO]
- ・出血やその他の血液障害になったことがある。 [YES / NO]
- ・各種のヘルニアになったことがある。 [YES / NO]
- ・麻薬、薬物依存症、あるいはアルコール依存症になったことがある。 [YES / NO]

<免責同意>

私は、スキン及びスクーバダイビングにおいて大きな怪我を負ったり死亡したりする固有の危険が伴うことを認識していると、本書によって確認します。圧縮空気を使用するダイビングには、減圧症、塞栓症、その他の高圧/空気膨張による怪我など、再圧チャンバーでの治療が必要となる固有の危険があることを理解します。

私は、このコースについてのリスクを、それが想定外であっても無くても個人的に全て承知します。さらにコース参加中、参加後に起きたことについて、私、私の家族、財産の相続人または権利継承者がこのコース及び免責関係者に対し、請求、訴訟を起こすことはありません。

私は成年に達しており、この免責同意書に署名する資格があります。もしくは私の親権者、保護者の文書による同意を得ています。ここに記載されている条件は、契約であって、単なる注意書きでないことを理解しており、また本書が私の法的な権利を放棄することを承諾し自分の自由意志でここに署名しました。私は、免責関係者に対する私の訴訟権利を放棄するだけでなく、私の相続人、権利継承者受益者は私の免責関係者への表明のため、異議を要求することができません。私はKUNIE SCUBA CENTER及びその従業員について、人身障害、物品損害、原因不特定の不法死亡など何であれ、それが免責関係者の過失であっても、直接間接を問わず一切の責任から免除することに同意します。

参加者署名： 日付 年 月 日
親権者または保護者の署名： 日付 年 月 日

(参加者が未成年者の場合)