



Open Water Diver Course (Japanese)

Student Name:
First Middle Initial Last

Date of birth (dd/mm/yy):

Email address:

Student mailing address: (Certification card will arrive on this address within 3 months)

Street and number:

City: Postcode:

State: Country:

BCD SIZE:

PICK UP LOCATION:

Certifying instructor

Certification date

Certification level

Medical declaration for entry-level certificate divers - Japanese

受講者詳細

名前 生年月日 年齢

住所

市町村 都道府県 郵便番号 国

電話番号 携帯電話番号 Eメール

身長 体重 BMI ウェスト周囲

* BMI = 体重 / (身長 x 身長)

よく読んでからご署名ください。

この声明書は、スクーバダイビングに関連して起こり得る危険とエントリーレベル（オープンウォーターコース）認定のスクーバトレーニングプログラム中に貴方がしなくてはならない事柄について、貴方が説明を受けたということを証明するものです。この声明書に貴方の署名がなされない場合には、スクーバトレーニングプログラムに参加することができません。署名をする前に、この声明書に記載されている事柄をよく読んでください。

病歴記入欄含むこの声明書に完全に記入して提出することは、スクーバトレーニングプログラムに参加するために必要となっております。貴方が未成年の場合はこの声明書に保護者（親権者あるいは後見人）の署名がなくてはなりません。

ダイビングは、エキサイティングで要求度の大きな活動ですが、正しく行動し、正しいテクニックを使用することで非常に安全な活動となります。しかしながら、確立されている安全手順を守らない場合には危険性が生じます。

安全なスクーバダイビングを楽しむには、過度の肥満や健康上の不調があってはなりません。ダイビングは一定のコンディションの下では重労働となり得ます。呼吸器系や循環器系のコンディションが良好でなくてはなりません。体内にある空間のすべてがノーマルで健康でなくてはなりません。心臓の不調や風邪、鼻つまり、テンカン、ゼンソク、重症な健康上の問題がある人や、アルコールや投薬を受けている場合には、ダイビングできません。

スクーバダイビング中の呼吸や圧平衡の仕方に関する重要な安全ルールをインストラクターから習得しなくてはなりません。スクーバ器材の間違った使用法は、重大な障害を招くことがあります。安全に使用するために資格を有するインストラクターの直接監督下で使用方法について十分な指導を受けなくてはなりません。

この病歴質問書と声明書について疑問がある場合には、署名をする前に担当のインストラクターと共に話し合い、検討してください。

受講者病歴質問書

この病歴質問書は、貴方がエントリーレベルのトレーニングプログラムに参加するにあたり、事前にドクターの診察が必要かどうかを判断するものです。病歴質問書に該当した場合でも、直ちにダイビングでできないと判断されるわけではありません。

病歴質問書に該当した場合は、ダイビング中にあなたの安全に影響を与えるかもしれない事情が存在する可能性がありますので、ダイビング実習ご参加前にダイビングメディカルに詳しいドクターのアドバイスを受ける必要があります。

	Yes	No		Yes	No
現在妊娠中、または妊娠のご予定がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行動、品行上、精神上的の疾患（そううつ病など）、閉所恐怖症、広所恐怖症に陥ることがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、処方薬を服用していますか？ （避妊薬、抗マラリア剤を除く。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	てんかん、発作、けいれんをおこす。 またはそれを抑えるための薬を服用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45歳以上ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	偏頭痛を繰り返し起こす。またはそれを抑えるための薬を服用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
あなたのBMIは、30より上で、さらにウェスト周囲が男性102cm、女性88cmを超えていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	意識喪失や、気絶したことがある（完全、または一時的に意識を失った）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以前に以下の病気にかかったことがある、または現在にかかっていますか？			乗物酔いで困ることがよくある（船酔いや車酔いなど）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喘息（ぜんそく）、あるいは呼吸時の喘鳴（ぜいぜいする）または運動時に喘鳴することがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤痢または、脱水症状を抑えるための薬を服用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
花粉症、またはアレルギー症状がひどく、あるいは頻繁にかかる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ダイビング事故や、減圧症になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通の運動ができない（例えば、約1.6kmの距離を12分以内で歩くことができない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺の病気（肺炎など）になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5年以内に意識喪失を伴う頭の怪我をしたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気胸になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛（背中を含む）を繰り返し起こす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の胸部の病気、手術を受けたことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰部（背中を含む）、脊柱の手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰、背中、腕、脚の外科手術、外傷、あるいは骨折のあとの後遺症がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病に罹ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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使用したことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耳、または副鼻腔の手術を受けたことがある。耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓疾患に罹ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	繰り返し耳の問題が起きたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症、あるいは心臓外科手術、動脈手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出血やその他の血液障害を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓発作になった経験がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	各種のヘルニアに罹ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副鼻腔手術の手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5年以内に麻薬、薬物依存等、あるいはアルコール依存症になったこと、またはその治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門形成術、結腸手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受講者署名

日付

親権者の署名
(未成年者の場合)

関係

日付

Below to be completed by Instructor, for and on behalf of - Divers Den, 319 Draper Street, Paramatta Park, Queensland, 4870

Has the participant answered YES or left blank any of the participant medical questions? If YES then the participant requires a dive medical certificate certifying that the person is medically fit to dive.

Instructor Signature

Position

Date



ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションスキューバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険を生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適性に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングやダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。このチェックシートでの「ダイビング」という用語はスキューバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。このチェックシートは基本的に新しくダイバーになろうという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。あなたの安全、そして、一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えてください。

お願い

レクリエーションダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。

女性への注意：妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	1. これまでに肺/呼吸、心臓、血液に問題があったことがあります。あるいは、COVID-19（新型コロナウイルス感染症）と診断されたことがあります。	はい <input type="checkbox"/> A欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
2	45歳を超えています。	はい <input type="checkbox"/> B欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
3	中程度の運動（例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> C欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> D欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です（あるいは、過去5年以内に治療が必要でした）。または、学習障害あるいは発達障害と診断されたことがあります。	はい <input type="checkbox"/> E欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> F欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> G欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
10	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（ラリアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>

参加者署名

上の10の質問すべてに「いいえ」と回答した場合、医師による評価は必要ありません。以下の参加者宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。

参加者宣誓文：私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなることも生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

参加者のサイン。（未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です。）

日付(日/月/年)d/mm/yyyy)

参加者氏名（楷書）

生年月日（日/月/年）

インストラクター氏名（楷書）

ファシリティ名（楷書）

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て（参加者チェックシートと医師の評価シート）を医師に提出して、評価を受けてください。ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

参加者氏名

生年月日

(楷書)

日付 (日/月/年)

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート (つづき)

A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、植え込み型医療機器 (例、ステント、ペースメーカー、神経刺激装置) または気胸 (肺虚脱)。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
心臓に關係するトラブル、あるいは、病気。例えば: 狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺炎腫と診断されました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) と診断されました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です:		
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
コレステロール値が高いです。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
高血圧です。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます (不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む)。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくはバランスがよくありません。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾病があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に目の前が真っ暗になった、または、意識が悪くなった (気をうしなったり、ぼんやりしたりした) ことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、てんかんの思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害 (躁うつ病) があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
現在継続して治療や特別な対処が必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
G欄 - 私は過去に以下の状態でした:		
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

*医師による評価が必要 (1ページ参照)

2 / 3

© 2020



安全潜水標準実施要項了解声明書

注意して読んだ後にご署名ください。

この声明書は、スキューバ・ダイビング、スクーバ・ダイビングを安全に行うために必要なことを知っていただくためのものです。これらを再確認し、了解していただくためにまとめられたものであり、ダイビングをするにあたっての快適度や安全性を増していただくために作成されています。安全なダイビングをするための習慣を理解されているという確認として、あなたの署名が必要です。署名をする前にこの声明書をよく読み、ご不明な点がある場合には担当のインストラクター、またはスタッフにお尋ねください。もしあなたが未成年の場合は、保護者（親権者）の署名も必要になります。

私 _____ (氏名を楷書で) _____ (氏名を楷書で) は、ダイバーとして以下の事項を守るべきであることを了解しています。

1. ダイビングするときは、心身共に健康を維持してください。アルコール類や危険性のある薬物を服用してダイビングしてはいけません。継続教育を通してダイビング・スキルを維持するようにし、久しぶりにダイビングをするときにはコントロールされた環境で復習をするようにして、コースで使用した教材を参照し、知識やスキルを忘れないようにしてください。
2. あなたが潜るダイビング・ポイントをよく知る。初めて潜る場合やダイビング・ポイントの情報不足している場合は、知識豊かな現地スタッフなどから正式なオリエンテーションを受けてください。あなたが経験したことのある環境よりもコンディションが悪い場合には、ダイビングを延期するか、あるいは良いコンディションのダイビング・ポイントを代替地として選ぶようにします。あなたの受けたトレーニングや経験にあったダイビング活動にのみ参加するようにしてください。専門のトレーニングを受けていない場合は、ケープあるいはテクニカル・ダイビング活動に参加してはいけません。
3. 手入れが行き届いて故障がなく、信頼のおける使い慣れた器材を使用します。各ダイブの前には、器材を正しく調整し、きちんと機能するかの点検を行います。スクーバ・ダイビングを行う際には、BCD、低圧インフレーター・システム、残圧計、バックアップ空気源、ダイブ・プランニング／モニタリング装置（ダイブ・コンピュータあるいはRDPダイブ・テーブルのいずれか使用している方）を使用します。認定を受けていないダイバーに自分の器材を使用させてはいけません。
4. プリーフィングや注意事項、その他ダイビングに関する説明や指示をよく聞いて、あなたのダイビング活動を監督する人のアドバイスに敬意をはらってください。また、特別なダイビング活動への参加、不慣れた地域でのダイビング、6 カ月以上ダイビングをしていない場合などは追加のトレーニングが必要であることを認識してください。
5. ダイビング中は、最初から最後までバディ・システムを守ってください。水中での連絡方法や万一離れ離れになったときに再集合するための方法、緊急手順などのダイブ・プランをバディと一緒に計画してください。
6. ダイブ・プランニング（ダイブ・コンピュータあるいはダイブ・テーブルの使用法）を習得します。全てのダイビングを減圧不要限界内で行い、安全のために余裕を持ったダイビングを計画し、実行します。水中で深度や時間を測るために必要な計器を携帯してください。最大深度はあなたが受けたトレーニングや経験のレベルをよく考えて決定するようにし、1 分間に18メートルより遅い速度で浮上してください。S.A.F.E. ダイバーになること—Slowly Ascend From Every dive（すべてのダイビングでゆっくりと浮上）。3 分間あるいは用心してさらに長く、深度5メートルで安全停止をしてください。
7. 正しい浮力を維持してください。ダイビング前にBCDに空気を入れられない状態で水面で中性浮力になるようにウエイトを調整するようにします。水中では中性浮力を保ち、水面移動をするときや水面で休息するときにはプラス浮力を確保してください。ウエイト・ベルトはいつでもすぐに外せるように装着し、ダイビング中にトラブルが起こった場合は、まずプラス浮力を確保することを忘れないようにしてください。少なくとも一つのセーフティシグナル・グッズ（シグナル・チューブ、ホイッスル、鏡など）を携帯します。
8. ダイビング中は正しい呼吸を維持してください。圧縮空気を吸っているときには絶対に息を止らえやスキップ呼吸をしてはいけません。水面下では過疲労を避け、自分の限界内でダイビングを行います。
9. 可能な限り、ボートやフロート（浮具）、その他の水面用ステーションを設置して使用してください。
10. 各ダイビング・ポイントでの漁業規則や、ダイブ・フラッグの使用など、ダイビングに関する法律や規則やルールを守ってください。

私は、これらの実施要項の重要性と目的を理解しました。これらを守ることが私自身の安全と楽しみのために必要であることを理解し、ダイビングするにあたって、これらの実施要項を守らない場合には私自身を危険な状況においてしまう可能性があることを認識しています。

参加者署名

日付

未成年の場合、保護者の署名（親権者あるいは後見人）

日付



生姓氏名 _____ 性別 男 女
生年月日 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日

住所 _____ 郵便番号 _____ 都道府県 _____
市区町村 _____ 番地 _____ 国 _____

電話(自宅) (____) (____) _____
会社 (____) (____) _____
Fax (____) (____) _____

Eメールアドレス _____
この書類にエニキルを記入した全てのインスタラクターは、下記に必要事項を記入して下さい。注:他のPADIインスタラクターの情報が必要の場合は追加情報を添付して下さい。

PADI インストラクター _____
サイン _____
PADI No. _____ ダイナセンター/リポートNo. _____

日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
電話(自宅) (____) (____) _____
Fax (____) (____) _____

Eメールアドレス _____
PADI インストラクター _____
サイン _____
PADI No. _____ ダイナセンター/リポートNo. _____

日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
電話(自宅) (____) (____) _____
Fax (____) (____) _____

Eメールアドレス _____
PADI インストラクター _____
サイン _____
PADI No. _____ ダイナセンター/リポートNo. _____

この書類は、PADI インストラクターに関する必要事項を記入し、修了したメンバーが該当する部分に記入する。
a. ダイバーとインストラクターに関する必要事項を記入し、修了したメンバーが該当する部分に記入する。
b. ダイバーのPADI 所属のコードを本書類に添付する。
c. 認定カード発行に写真1枚が必要になることをダイバーに伝える。
d. できるだけ早くメンバーシップを修了するようダイバーにアドバイスし、本書類は最後のメンバーシップ修了日から1年間しか有効でない点を説明する。

A. 限定水域ダイブ

Table with columns: CW 1*, CW 2, CW 3, CW 4, CW 5, 修了日, インストラクター・インシキル, PADI No.
*限定水域ダイブのエニキルをすべて書き添え、オープン・ダイビング = オープン・ウオーター・ダイバー限定水域ダイブ

水中能力評価

Table with columns: 200メートル/ヤード水深または300メートル/ヤード水深(マスク/スノーケル/足ひれ使用), 10分間バリエーション・プロット*, 10分間バリエーション・プロット 器具の準備・手入れ*, 低圧インフレーター・ホースの取り外し*, ルーンスリッダー・バンド, ウェイト設置(水面)*, エアージェンシー・ウエイト・ドロップ(またはOW)*, スキップダイビング・スキル, ドラッグ・アップ・オリエンテーション

B. 知識の開発

Table with columns: セクション1, セクション2, セクション3, セクション4, セクション5, 正しい/誤り, RDP テーブル, eRPm, コンピュータのみ, 知識の開発セッションがすべて完了している場合は、画面上に署名が必要となります
上記に記入されているすべての知識開発セッションを修了したメンバーが合格しました。

C. オープン・ウオーター・ダイブ

Table with columns: ダイブ1, ダイブ2, ダイブ3, ダイブ4, ダイブ5, 修了日, インストラクター・インシキル, PADI #, インストラクター・インシキル, PADI #
1. 足がつかない時の出し方*
2. スノーケル/ルキューレーター交換*
3. インフレーター・リレフ/ブリーチアップ/DSMBの打ち上げ*
4. エアージェンシー・ウエイト・ドロップ (またはOW)*
5. 水面コンパス移動
6. 標的ダイブ(単行)
7. スロー(脱着(水面))
8. ウェイト設置(水面)
9. コンロールされた緊急
10. スキップダイブ(ダイブ2,3,4)
水中コンパスナビゲーション
上記の「適性のあるダイビングスキル」が一人のインスタラクターにより完了している場合は、署名は画面上に必要ありません。

生姓氏名 私は、このコースに必要なすべての知識を開発し、すべての認定条件を満たしました。私は、自分が受けたメンバーシップの地域でこのコースの認定を受けたいことを希望し、私は、メンバーシップの他の活動、または他の地域にあるダイビングに参加、または他の月を越える間断ダイビング活動を休止した場合は、追加的なメンバーシップが必要であることを認識しています。私はPADI認定資格を無条件に受けたいです。
生姓氏名 _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
サイン _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
PADI No. _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
サイン _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
PADI No. _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
サイン _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
PADI No. _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
サイン _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日
PADI No. _____ 日付 ____/____/____ 年 ____ 月 ____ 日