

プリシアリゾートダイビング申込書

	年	月	日 IN	～	年	月	日 OUT	ROOM NO.
予定潜水日・本数	/	/	/		/	/	/	/
	D	D	D		D	D	D	D
フリガナ 氏名								男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)						血液型	型
住所	〒 _____							都 道
								府 県
TEL				携帯電話				
E-mail	_____ @ _____							
緊急連絡先 ※必ずご記入下さい	氏名	続柄			電話番号			
	_____ (_____)							
Cカード発行団体	PADI NAUI SSI CMAS BSAC DACS その他(_____)					カードランク		
最終ダイビング日	年 月 日			場所	経験最大深度	m	経験本数	本
その他希望など	耳抜きが苦手 ・ 船酔いしやすい							
※このポイントに行きたい、地形が好き、のんびりダイビングしたい、深場は苦手など希望や不安点などなんでもどうぞ！								

レンタル器材	なし				フルレンタル				
	ウェットスーツ		BCD		レギュレーターセット		マスク		フィン
※ご希望の方※	身長	cm	体重	kg	足のサイズ	cm			

☆当日健康チェック☆

ダイビングを行うためには肉体的・精神的に健康体であることが第一です。以下の項目をよく読み、該当するものにチェックし、署名してください。
 病状により、ダイビングへの参加をお断りする場合、医師の診断書が必要な場合があります。
 また、複数日ご参加予定の方は、体調等に**変化があった場合は必ずご相談ください**。不明な箇所などがあれば記入前にスタッフにお尋ねください。

- 現在風邪を引いている、鼻がつまっている 花粉症やその他アレルギーがある
- 耳の病歴がある（中耳炎、外耳炎など）
- 呼吸器系の病歴がある（ぜんそく、肺炎、肺結核、自然気胸など）
- 循環器系の病歴がある（心臓障害、不整脈、高血圧、狭心症など）
- 妊娠中である 糖尿病である 閉所恐怖症である
- 常用している薬がある（薬品名 _____ 病状 _____ ）
- 現在、通院中である、または薬を服用中である（病名 _____ ）
- 上記以外で自身の健康について不安がある（ _____ ）
- 以上のどれにも当てはまらない。

もしくは上記の項目に関して問題ないと医師の診断がある、スタッフに確認のうえ自身で自覚している。（既に完治してるなど）

本人署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

