

シュノーケル体験 ダイビング体験 / 申込書
その他マリンスポーツ体験参加 / 申込書

マリン体験 団体旅行用
参加者記入

フリガナ		生年月日	年齢	
参加者氏名	男・女	平成 年 月 日		歳
ご住所	〒			
連絡先	電話番号(当日の変更連絡先：携帯電話番号等)	緊急連絡先電話番号	続柄	

ウェットスーツ・マスク・足ひれなど事前準備が必要です。(正確に記入して下さい)

身長	体重	足のサイズ	視力 (数字記入：A～D記入不可)
cm	kg	cm	右 左 度 度

☆ シュノーケリング体験・ダイビング体験に関する参加の同意承諾書 ☆

※ 参加体験メニューの口にて✓チェック印を入れて下さい。



シュノーケリング体験 ダイビング体験 ドラゴンボート体験 その他マリン体験

私(参加者)／私共(参加者及び親権者)は、上記で選択したマリン体験に参加をする／させるにあたり、このマリン体験の活動が海洋上で実施されることを理解しています。したがって参加をするマリン体験の安全のために私／私共(参加者及び親権者)は、マリン体験提供に関する担当者及びガイドインストラクターの判断又は、指示に従うことに同意いたします。



※ ※ 健康診断書 ※ ※



この健康診断の回答は、あなたの参加するマリン体験メニューにおける安全性を判断させるために必要なことで、現在の健康状態が参加するマリン体験の活動時において安全性を阻害させる条件があるとみなされる場合は医師の判断による体験参加の承諾同意が必要になります。

現在の健康状態に関して、マリンスポーツ等に参加するのに支障はないか、下記の健康診断病歴調査票を基に口の中に✓チェック印をご記入下さい。また、下記に該当する箇所がない場合は、「口現在いたって健康である」の口の中に✓チェック印をご記入下さい。

※下記健康診断病歴調査票の口の中のいずれにも✓チェック印がない方は、体験に参加をすることができない場合もありますので、くれぐれもご記入漏れがないように必ずご記入下さい。

- 喘息・呼吸器系の障害 鼻・副鼻腔の障害 中耳炎・耳の障害 頭痛・めまい・意識喪失
- 心臓傷害・不整脈・動悸 狭心症・高、低血圧 てんかん・発作 結核・肺炎・自然気胸
- 閉所・高所恐怖症 風邪をひいている 投薬を受けている 糖尿病である
- 現在通院中 その他 現在いたって健康である

※具体的に記入して下さい。

裏ページへ



◆ 前項の該当する箇所の口にて✓チェック印を記入した方で、「口現在いたって健康である」以外の箇所に✓チェック印を記入した方は医師の診断による体験参加同意の承諾が必要になります。

下記記載の、医師の診断による体験参加の同意書名欄へ担当医師の署名押印をご記入下さい。

医師の診断による体験参加の同意承諾書



日付 年 月 日 曜日

病院名 _____
 医師名 _____
 住所 _____
 TEL _____

参加者 _____ 様は、マリン体験の参加に支障がないので体験参加に同意承諾いたします。

その他 _____

プログラム参加了解同意書



☆ よく読んで記入下さい。

私/私共(参加者・親権者)は、(有)トップマリン残波・恩納の開催するマリンスポーツ(口シュノーケル体験 口ダイビング体験口その他)コースに参加することは、私/私共の自己意思で行うものであり、インストラクターの指示を遵守いたします。又、健康管理など細心の注意を払って体験に参加します。

私/私共(参加者・親権者)は、マリンスポーツ体験参加中にインストラクターの指示を無視して私の過失によって発生する傷害のすべてについて、私/私共が責任を負うとともに賠償責任を問わないことに同意し署名いたします。

担当インストラクター

受講生署名 _____ 印 _____ 署名 _____ 印 _____

親権者署名 _____ 印 _____ TEL 098-956-0070 残波
FAX 098-957-3526 恩納
TEL 098-982-3381

有限会社 トップマリン 残波/恩納

※※ ダイビング体験：参加当日に飛行機搭乗の方はダイビング体験に参加することができません ※※