

お申込コース	<input type="checkbox"/> ファンダイビング	<input type="checkbox"/> 体験ダイビング	<input type="checkbox"/> ライセンス取得	<input type="checkbox"/> その他のコース()
フリガナ	ご住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県			(Address)
お名前 (Name)				
男 (Male) · 女 (Female)	生年月日 (Birth)	M·S·H	年 月 日	
携帯メール	@	携帯電話	—	—
PCメール (PC Mail)	@	ご自宅電話	—	—
緊急連絡先 (お名前・電話)	緊急連絡先 (関係)		勤務先	
滞在期間	月 日 ~ 月 日	滞在ホテル (Hotel)	Room No.	
指導団体 (カード取得時)	経験本数	カードレベル	最後にダイビングした年月日	

※当ショップ(パラダイス・ゴビーズ・ダイバーズ)からの郵便物、メール等の受け取りを承諾します。 はい (YES) · いいえ (NO)

健康チェック

- | | はい | いいえ | | はい | いいえ |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) 風邪をひいています。(鼻がつまっています) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (10) 妊娠中です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 薬を常用しています。(具体的に) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (11) ぜんそく、肺結核、肺気腫の病歴があります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 呼吸器系のトラブル・疾患の病歴があります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (12) 閉所恐怖症です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 糖尿病です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (13) 1日に1箱以上のタバコを吸います。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) ひきつけ、めまい、湿疹の病歴があります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (14) 耳に問題があります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 心臓に関する障害の病歴があります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (15) 神経系統が不調です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 高血圧症です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (16) 医師のもとに通院中または慢性の病気です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 1年以内に手術もしくは病気をした。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (17) その他、気になることがあればご記入ください。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) サイナス(副鼻腔)の疾患の病歴があります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

誓約書

- 私は、本ダイビングコースに参加するにあたって、インストラクターより十分な説明を受け、必要な事項を全て確認しました。
- ダイビングの持つ潜在的な危険性、安全のための技術やルールを学ぶことの重要性について良く理解し、インストラクターの指示に従い、ダイビング、エントリー、エキジット、乗船、下船、乗船中も含め、全ての行動を安全に努め、責任のある行動をとります。また、出席と金銭支払いの義務、キャンセルの場合は50~100%のキャンセル料金がかかること、私自身の技能・知識が一定の水準に達しなければ認定(ダイビング)されないことについても納得しました。
- 安全管理の事由で、インストラクターの判断により、本コース(ダイビング)を中止する場合があります。
- 海の状況、体調及びその他の理由により本コース(ダイビング)が私自身に無理と思われる時は本コースを取りやめます。
- 私自身の都合で本コース(ダイビング)を実施しなかった場合は本コース及びレンタル器材料金の払い戻しの請求は致しません。
- 健康チェックには、私自身または保護者の知る限りの真実を全て記入しました。また、ダイビングに適した健康状態です。
- 私は、本コース(ダイビング)で使用するレンタル器材の使用説明を受け、安全に十分注意し使用します。私個人の過失による事故等が発生した場合はいかなる形でも関係者に責任を追究しません。また、レンタル器材等が破損及び紛失した場合、その修理代または商品等は責任をもって負担します。
- 私個人所有の器材等は、全て私自身の責任の下、管理・保管を行います。万が一破損及び紛失した場合、関係者に責任を追究しません。
- ダイビング終了後、18時間以内は絶対に飛行機に搭乗しません。
- ダイビング前、5時間以内に飲酒していません。また、しません。

※本人直筆にてお願い致します。

年 月 日

年 月 日

本人署名

保護者署名
(未成年者の場合)

※20歳に満たない方は保護者の同意が必要となります。

私たちパラダイス・ゴビーズ・ダイバーズは、お客様情報の適正な取り扱いに努めています。ご記入頂いたお客様情報につきましては、パラダイス・ゴビーズ・ダイバーズ及び関連企業からのメール及び印刷物送付のみで使用させていただきます。詳しくはホームページよりお問い合わせください。