

マリン体験申込書【個人情報保護】

◎安全なマリン体験を実施するため 重要な資料となります。記入漏れの無いようお願いいたします。

フリガナ		性別	年齢	生年月日		
氏名		男・女	才	年	月	日
身長	体重	足のサイズ		視力（裸眼）		度付きマスク
cm	kg	cm	右	左	□希望する	

※視力が裸眼で0.1以下の方には度付きのマスクを貸出し致しますが、極力自分にあつた使い捨てコンタクトレンズを使って普通のマスクを利用することをお勧めします。コンタクトは使い捨ての場合のみ使用可能です。
 （度付きマスクは全ての方に合うわけではないので具合が悪くなる方もいらっしゃいます）

① 食物に対するアレルギーがありますか。（はい・いいえ）
 （食物名： _____）

② 以下の疾患に今までかかったことがありますか。（はい・いいえ）
 「はい」と答えた方は、該当する項目に○をつけて下さい。

また、マリン体験に支障のないことを主治医にご確認いただき、未成年者は保護者の承諾を受けてからこの申込書をご提出下さい。

- a) 耳鼻科系の疾患：副鼻腔炎・耳管狭窄・中耳炎・難聴・その他（ _____）
- b) 呼吸器系の疾患：喘息・気胸・重度の花粉症・肺炎・その他（ _____）
- c) 心臓疾患：狭心症・不整脈・その他（ _____）
- d) 精神神経疾患：閉所恐怖症・パニック障害・多動症・その他（ _____）
- e) てんかん・発作・けいれん・意識消失
- f) 高血圧症・糖尿病
- g) 重大な手術・大病の経験がある（病名 _____）
- h) 運動能力や精神面に影響する薬を服用している（薬品名： _____）
- i) 体育、水泳などに支障のある疾患・怪我（病名： _____）

③ ②の質問で「はい」と答えた方は、下記質問へお答えください。
 a) 現在上記疾患は完治していますか。（はい・いいえ）

※上記疾患について、現在治療中・投薬中の方は医師に相談する必要があります。

b) 上記疾患について主治医に相談し、マリン体験に支障がない事を確認していますか。（はい・いいえ）
 ※上記疾患について、医師の確認のない方はマリン体験に参加することは出来ません。

同意書

※マリン体験を行うにあたって十分に健康であり、健康状態は本人の責任において管理します。

※マリン体験中はインストラクターの指示に従い、身体の不調・異変を感じた時は、直ちにインストラクターに申告し、自分自身及び他のメンバーの安全に関して責任ある行動をとります。

業務用欄 ◎ガイドダイバー： ◎船上監視員： ◎ポイント名：カヤマ島おさかな畑	【本人署名欄】 平成 年 月 日 氏名	※未成年の方は保護者の署名をお願いします 【保護者署名欄】 平成 年 月 日 氏名
--	-----------------------------------	--