

参加者記入欄

楷書で記入してください

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

住所 _____

自宅電話 _____ 勤務先電話 _____

Eメール _____ FAX _____

あなたのホーム・ドクターあるいは主治医の住所と氏名

医師名 _____ 診療所／病院名 _____

住所 _____

電話 _____

最後に受けた健康診断の日付 _____

診断した医師 _____ 診断書／病院名 _____

住所 _____

電話 _____ Eメール _____

ダイビングのための健康診断を受けたことがありますか？ YES NO YESであればいつ？ _____

医師記入欄

上記の人はスクーバ（圧縮空気呼吸装置）によるダイビング・トレーニングに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がスクーバ・ダイビングに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

医師による診断

- ダイビングに不適格であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。
- ダイビングをすることはすすめられません。

所見

_____ 日付 _____

医師あるいは医師の法定代理人の署名日付

年／月／日

医師名 _____ 診療所／病院名 _____

電話 _____ Eメール _____

危険の告知書（免責同意書）及び、家族の同意書

スクーバ・ダイビング（スノーケリングを含む）は、特殊な環境で行う為、予期せぬ危険が起こりうる場合がございます。安全管理には万全を尽くしますが、何らかのトラブルが発生する事もございます。マリーンプロダクトのプログラムは、ボートで1時間以上移動した場所での開催となります為、緊急時の対応が限られてしまう状況である事。また、一般的に年齢とともに健康上のリスクが高くなる事をご理解いただき、ご参加にあたり、下記の内容について、ご本人ならびご家族の承諾をお願い致します。承諾がない場合はダイビングにはご参加いただけません。

私 _____（参加者）はダイビングに付随する危険性について十分に理解しており、圧縮空気を使用するダイビングでは再圧チャンバーでの治療を必要とする傷害の可能性も理解しています。

また、このプログラムは、再圧チャンバーや医療施設から遠い環境の海や湖等の水域で実施される場合があることを理解したうえで、このプログラムを受けることに同意します。

このプログラムに参加した結果として、私に関連する環境及び条件等によって、私自身に起こりうる傷害その他の損害が生じないように注意を払います。また、健康管理など細心の注意をはらって参加します。

私はまた、スクーバ・ダイビング（スノーケリングを含む）が肉体的に激しい活動であることを理解しています。また心臓発作、パニック状態、水死その他による傷害を受けた場合には、私とその傷害の危険を引受け、免責当事者にその責任を負わせないことをここに了承します。

私は、このプログラムを提供する マリーンプロダクト 又はスタッフに対して、私がスタッフの指示に従わなかったこと、さらに私の重大な過失によって私が被った損害については、スタッフに過失が存した場合においても、その賠償責任を問わないことを約束します。

私は、この危険の告知書（免責同意書）が単に注意書きにとどまるものではないことを理解し、家族の同意書の内容をすべて確認して署名します。

また私の家族も内容をすべて確認して署名します。

_____ 年 月 日
参加者署名

_____ 年 月 日
家族の署名

家族の連絡先 住所： _____

電話番号： _____

続柄： _____