

プログラム申込書

No.

| | | | | | | | | |
|------------|-----------|----|----|----|-------|-------|-----------|----|
| フリガナ | | | | | | 参加日 | 年 月 日 | |
| 氏名 | 様 | | | | | 性別 | 男・女 | |
| | | | | | | 血液型 | A・B・O・AB型 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (才) | | | | | 自宅TEL | () | |
| 現住所 | | | | | | 携帯電話 | | |
| | | | | | | TEL | () | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | 続柄 | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 視力 | 左 | 右 | 足サイズ | cm |
| ファンダイビングの方 | 所属団体 | | | | 総潜水本数 | 本 | CカードNo. | |

| | |
|-------------|----------|
| PAID・CHARGE | |
| C/O | Room No. |

受付者名

- ※料金には、消費税が含まれています。
※シュノーケル・体験ダイビング・ライセンス取得コースにはレンタル器材の料金が含まれます。
※ツアーダイブ参加時には、Cカードとログブロックの提示が必要です。提示無き場合は参加できませんのでご了承下さい。
尚、団体などは問いません。
※キャンセルチャージのご案内
前日18時以降 50% 当日 100%
※体調のすぐれない方は、インストラクターへ申し出て下さい。

| | |
|--------|---|
| コース名記入 | ¥ |
| | |

| | | | |
|--------------|--|--------|--|
| レンタル器材 | | | |
| 3点セット(マスキュラ) | | レギュレータ | |
| ウェットスーツ | | BCD | |
| フルレンタル | | ¥ | |

| | |
|-------|---|
| 総合計金額 | ¥ |
|-------|---|

プログラム参加のための病歴・健康診断

この診断・回答は、あなたのプログラム参加時における安全性を阻害させる条件を判明させるものとして必要となります。項目によって√印のある場合は、医師の診断によるメニュー参加同意書が必要となります。

※60歳以上75歳未満の方は、病歴に関わらず、医師の診断のうえ参加同意書が必要となります。

医師の診断による参加同意が必要な項目

医師の診断による参加同意書が必要となります。

- 閉所・高所恐怖症 中耳炎などの耳の障害 現在、投薬をうけている、または服用している
 パニック障害 鼻(副鼻腔)の障害 手術を受け通院している うつ病

ダイビングプログラムにはご参加、出来ません。

- 循環器系(不整脈・高血圧・心臓障害、等) 糖尿病
 呼吸器系(ぜんそく・気胸、等)

プログラムにはご参加、出来ません。

- 現在、飲酒している 妊娠中または可能性がある
 てんかん 75歳以上の方

上記項目にあてはまるものが無い方は√を記入して下さい。

以上のどれでもない

私は病歴について、上記の情報は、私の知るかぎり間違いありません。

サイン _____

プログラム参加同意書

よく読んで、ご記入ください。

私/私共(参加者・親権者) _____ は(有)トップマリン残波の開催するマリンスポーツに参加することは、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厳守いたします。又、健康管理など細心の注意を払ってプログラムに参加します。

私/私共(参加者・親権者)は、プログラム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損害のすべてについて、私/私共が責任を負うとともに、(有)トップマリン残波に対し賠償責任を問わないことに同意し署名いたします。

参加者署名 _____

日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

未成年の場合
親権者署名 _____

担当インストラクター
署名 _____