

マリン体験 団体旅行用

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。

フリガナ		生年月日	年齢	歳
参加者氏名	男・女	平成 年 月 日		
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に必要です。(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 度	左 度

☆ シュノーケリング・ダイビング体験に関する参加の同意書 ☆

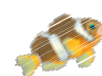
※ 参加体験メニューの□に✓チェック印を入れて下さい。



シュノーケリング体験  ダイビング体験  その他マリンスポーツ体験

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

※ ※



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

※以下の項目にチェックが入る方は医師の診断書があってもダイビングにご参加、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)

※医師の診断書があってもプログラムにはご参加、出来ません。

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

上記項目にあてはまるものが無い方は✓を記入してください

以上のどれでもない

私は病歴について、上記の情報は、私の知る限り問題ありません。

サイン \_\_\_\_\_

医師の診断による体験参加の同意書

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。

受講生署名 \_\_\_\_\_ 印 担当インストラクター

親権者署名 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 印

TEL 098-956-0070 残波  
 FAX 098-957-3526  
 TEL 098-989-0207 富着

有限会社 トップマリン 残波

※※ 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 ※※