

体験ダイビング/シュノーケリング参加申込書

参加日: _____年 ____月 ____日

クリオネダイバーズのご利用は? 初めて利用 or 利用あり _____年 ____月 ____日

フリガナ: _____

名前: _____ 血液型 _____ 型 生年月日: _____年 ____月 ____日 才

住所: 〒 _____ 電話: _____

記念写真が欲しい方/ 無料

はい いいえ (はいの方、今回体験された思い出を口コミ投稿で水中写真無料プレゼント)

緊急連絡先

名前: _____	続柄() _____	電話: _____
住所: 〒 _____		

健康状態について

あなたは現在、健康状態で何か問題がありますか? はい ありません

はいを答えた方: _____

健康診断問診票をご確認の上をお願いします。別紙

該当する病気や症状をお持ちの方は、医師の許可なく参加することができません。

私は該当する病気や症状はありません

日付	体温	
		℃
		℃

最終参加確認

参加日に睡眠不足、酒気、薬物使用、体調不良などの症状があると本日の参加できません。

参加者は質問事項についてYESの方は/NOの方は空白でお願いします。

- 睡眠時間は十分である。 健康状態は良好です。 酒気を帯びていません。 プラン参加中お酒は飲みません。
一切の薬物を服用していません。 スタッフの指示にしたがい安全につとめます。
COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常(検査による運動制限)はありません。

YES

別紙にて体験ダイビング事前職員と注意事項を確認し不安な事、分からない事などしっかり説明を受け理解しました。

2日目以降上記全てYESの方日付記入のみ

____月 ____日 / ____月 ____日 / ____月 ____日

私の申告内容が真実であると証として下記に署名致します。

参加者: _____ (印) 参加日/ _____年 ____月 ____日

未成年者の参加の場合、保護者の参加申し込みサインが必要

保護者: _____ (印) 署名日/ _____年 ____月 ____日