

## 【ダイビングツアー参加申込書】

この度はJ-TRIPツアーをご利用頂き、誠にありがとうございます。ツアーにご参加の前に必ず下記をご確認下さい。  
ツアー催行にあたって、【ダイビングツアー参加申込書】【健康チェック表】を送付しております。  
ご面倒でも必ずご確認の上、ツアー参加者ご本人様にご記入下さいます様、お願い致します。

過去に大病の病歴がある方、持病をお持ちの方、薬を常用している方等は、医師による診断書が必要になる場合がございます。  
お心当たりのある方は、事前にダイビングショップへご連絡をお願い致します。  
また、ライセンス講習に参加される45歳以上の方は、医師による診断書が必要になります。事前にダイビングショップへご連絡をお願い致します。

必要書面にご記入後、下記記載のダイビングショップへ直接をお送り下さい。（※弊社への返信は不要です）  
また、ツアー前日までにダイビングショップからご連絡が入る場合がございます。

### 【参加申込書について】

※ご参加される皆様全員に下記参加者欄へのご記入をお願いします。

### 【健康チェック表について】

※ご参加される皆様全員に2枚目の「健康チェック表」へのご記入をお願いします。

### 【その他】

※当日は水着、保険証（または印）をご持参下さい。また、ライセンス講習の方は、顔写真2(5cm×2.5cm)2枚を現地にご持参下さい。  
※ファンダイブ・アドバンス講習にご参加のお客様は、ライセンスカードとログブックを現地にご持参下さい。

【利用ショップ】マリンハウスシーサー那覇店 (TEL 0120-10-2743 FAX 098-869-6296)

【参加ツアー】ファンダイブ 体験ダイビング ライセンス講習

【ダイビング実施日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日間

【ライセンス取得団体名】（※ライセンスをお持ちの方）PADI・NAUI・その他（\_\_\_\_\_）

【最終ダイビング実施日】（※ライセンスをお持ちの方）\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【ダイビング経験本数】（※ライセンスをお持ちの方）\_\_\_\_\_ 本

代表者名（フリガナ）					
参加者名（フリガナ）				年齢（ ）	
携帯番号					
住所 ※ライセンス講習の方					
レンタル器材の有無	なし・あり ※ありの方は下記をご記入下さい。				
レンタル器材：フルレンタル BC・レギュレーター ウェットスーツ3点セット（マスク・フィン・ブーツ）					
身長	cm	体重	kg	足のサイズ	cm
視力	右（ ）左（ ）		度付マスク	要・不要	
※送迎について※	<input type="checkbox"/> 希望します ※那覇市内宿泊施設のみ送迎		<input type="checkbox"/> 希望しません（レンタカー利用あり）		
【その他連絡事項】例）過去の病歴、持病の有無、常用薬の有無など					

# 《健康チェック表》

## マリンハウスシーサー那覇店

マリンハウスシーサー那覇店では、皆様がより安心してマリン・アクティブスポーツを楽しんでいただけるよう、ご予約の都度、**ご参加される皆様全員に健康チェックにご協力**いただいております。お客様の過去と現在の健康状態に関して、下記リストへご回答下さい。場合により、医師の診断書を提出していただくことがあります。予め、ご了承下さい。下記健康チェックにご回答後、署名をお願いします。

また、当日簡単な健康チェックを行っております。その日の健康状態によっては、ご参加をお断りする場合がございます。

※過去5年間に、喘息の発作があった方は、ご予約をお受けすることができません。

※てんかん、妊娠中の方の参加は、お断りさせていただきます。

※過去の病歴によっては、ご参加いただけない場合がございます。

※お客様の症状により医師の診断書を提出いただく場合がございます。

下記の症状であてはまる項目がございましたら ☑ を記入願います

- |                                      |                                    |  |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ろくまく炎       | <input type="checkbox"/> ぜんそく      | <input type="checkbox"/> 鼻（副鼻腔）のトラブル   |
| <input type="checkbox"/> 自然気胸        | <input type="checkbox"/> ひどい肺炎     | <input type="checkbox"/> 過呼吸症候群        |
| <input type="checkbox"/> その他呼吸器系トラブル | <input type="checkbox"/> 糖尿病       | <input type="checkbox"/> 狭心症           |
| <input type="checkbox"/> 高、低血圧       | <input type="checkbox"/> めまい       | <input type="checkbox"/> 意識不明を起こす体質    |
| <input type="checkbox"/> その他循環器系トラブル | <input type="checkbox"/> 情緒不安定     | <input type="checkbox"/> 薬を含むアレルギー     |
| <input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい   | <input type="checkbox"/> 圧平衡の不調    | <input type="checkbox"/> 頻繁な胃痙攣        |
| <input type="checkbox"/> 頻繁なひどい頭痛    | <input type="checkbox"/> 睡眠薬や薬品の常用 | <input type="checkbox"/> 現在、伝染病に感染している |
| <input type="checkbox"/> 肺結核         | <input type="checkbox"/> 花粉症       | <input type="checkbox"/> 定期的に薬を服用      |
| <input type="checkbox"/> 不整脈         | <input type="checkbox"/> 動機        | <input type="checkbox"/> 閉所・高所恐怖症      |
| <input type="checkbox"/> アルコール中毒     | <input type="checkbox"/> 難聴        | <input type="checkbox"/> てんかん          |
| <input type="checkbox"/> 妊娠          |                                    |  |

私の病歴について、上記の情報は私の知る限り間違いありません。私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかった場合、記載漏れの事項に関する責任を負う事を同意します。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

保護者（または親権者）署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

健康チェックに関するご質問、気になることなどがございましたら、下記までお問合せ願います。

また、健康チェック・質問内容についてごマリンハウスシーサー那覇店より直接、お客様にお電話にて確認する事がございます。

マリンハウスシーサー那覇店 担当：いがらし、なみおか

〒900-0001 沖縄県那覇市港町2-3-13

TEL 0120-10-2743 E-Mail [naha@seasir.com](mailto:naha@seasir.com) FAX 098-869-6296