

FUN ダイビング参加申込書



携帯サイト&メルマガに登録するだけでお得な割引を致します。
今すぐ携帯でアクセス!

受付スタッフ

マリパレットのご利用回数 (初 ・ 2回以上)

ホットクルーズサークルメンバーですか? (Yes ・ No)

今回一緒にこられている方 _____

参加日	201	年	月	日	参加日数	日間	紹介者	
氏名	カタカナ				男	女		
E-mail	@							
電話	()	生年月日	19	年	月	日	年齢	才
現住所	〒							
緊急連絡先	氏名	続柄	電話	()				
勤務先名			電話	()				
レンタル	FULL・重器・ウエット・DC	身長	cm	体重	kg	足のサイズ	視力	
最後に潜った日	20	年	月	日	ランク	ダイブ本数		

貴方の過去の病歴と現在の健康状態に該当する項目にチェックを入れて下さい。

・ 普段運動はされていますか。(Yes ・ No) 例 週2日、1時間程度ジョギングをしている
(Yesの場合、具体的に)

・ 普段、サプリメントなどをとり健康管理をしている。(Yes ・ No)

・ 普段の平均睡眠時間はどのくらいになりますか? _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 現在、風邪をひいている。又は鼻が詰まっている。 | <input type="checkbox"/> 2 現在、耳の炎症、感染をおこしている。 |
| <input type="checkbox"/> 3 呼吸器系のトラブルや病歴がある。 | <input type="checkbox"/> 4 糖尿病である。 |
| <input type="checkbox"/> 5 麻痺状態、めまい、失神などの病歴がある。 | <input type="checkbox"/> 6 最近、投薬を受けている。 |
| <input type="checkbox"/> 7 妊娠中である。 | <input type="checkbox"/> 8 最近大きな病気や手術を受けた。 |
| <input type="checkbox"/> 9 肺気腫、結核などの病歴がある。 | <input type="checkbox"/> 10 閉所恐怖症である。 |
| <input type="checkbox"/> 11 サイナス(副鼻腔)関係の病歴がある。 | <input type="checkbox"/> 12 耳のトラブルにかかったことがある。 |
| <input type="checkbox"/> 13 一日一箱以上喫煙する。 | <input type="checkbox"/> 14 神経系統が不調である。 |
| <input type="checkbox"/> 15 現在、医師のもとに通院している。または慢性の病気がある。 | |
| <input type="checkbox"/> 16 心臓のコンディションに関する病歴がある。心臓血管系、喉頭痛、心臓発作等 | |
| <input type="checkbox"/> 17 以上のどれでもない。 | |

写真をWEBや広告に使う場合があります。 許可 ・ 不許可 (どちらかお選びください)

参加者署名 _____ 日付 201 年 月 日

インストラクターサイン(苗字記入) _____