

お名前： ふりがな：	性別 男：女	生年月日 西暦： 年 月 日生	血液型 型
住所 〒	電話番号		
緊急連絡先：必ず記入してください。 お名前： 続柄： ふりがな：		電話番号	
スノーケリングの経験： なし あり *いつ頃？() 何回くらい？(回)			
大島での滞在先・宿： 日帰り			



健康調査票

- ※あなたの現在または過去の病歴等で、該当するものすべてを正確にチェックして下さい。
- 現在、風邪をひいている 現在、通院中である(※妊娠中の方も含む)
 - 鼻、副鼻腔の病歴 現在、薬品を常用・服用している
 - 耳の病歴(中耳炎・難聴・圧平衡の不調) 糖尿病
 - 呼吸器系の病歴(ぜんそく・肺結核・肺炎・自然気胸など) 神経系の病歴
 - 循環器系の病歴(心臓障害・不整脈・高血圧・狭心症など)
 - 最近、手術を受けた。又は病気をした。
 - その他、上記以外の病歴もありましたら記入して下さい



確認書

私は、海には潜在的な危険性があることを十分に承知し、自己責任でスノーケリングコースに参加します。万一、スノーケリングコース参加中、担当インストラクターの管理・指示に従わずして発生した身体的・物的障害等については、私と私に関係するいかなる者も、スノーケリングコースを開催するあとぱぱダイビングサービス及びスタッフにに対して一切責任を問わない事を承諾し、同意します。

私は、上記健康調査票および確認書の内容に偽りがない事を確認したのち 自由意志により署名いたします。	
ご本人署名	西暦： 年 月 日
未成年の場合 保護者署名	西暦： 年 月 日