



申込書 (Japanese)

Surname 氏名(ローマ字)	苗字	Name 名前	
住所(Address)	都道府県		
生年月日(BD)	日	月	19 年
Emergency Contact 自宅電話番号/緊急連絡先		年齢	<input type="checkbox"/> 男[M] <input type="checkbox"/> 女[F]
		ホテル名	部屋番号

健康上の声明書/免責同意書

過去または現在において該当する項目に記してください。

	YES	NO		YES	NO
脳・脊髄・神経障害 Brain, spinal cord or nervous disorder			ぜんそく・息切れ Asthma or wheezing		
結核など長期にわたる肺の疾患 TB or other long-term lung disease			気胸 Collapsed lung		
慢性気管支炎・持続性肺の痛み Bronchitis or persistent chest complaint			糖尿病 Diabetes mellitus		
慢性の耳の病気または炎症 Chronic ear infection			てんかん Epilepsy		
慢性の副鼻腔疾患(蓄膿症など) Chronic sinus condition			呼吸困難 Breathlessness		
失神・ひきつけ・意識不明 Fainting, seizures or blackouts			高血圧 High blood pressure		
過去における大病、手術 Other illness or any operations			心臓系疾患 Heart disease		
飛行中の耳の気圧障害 ear problems when flying			肺の手術 Chest surgery		
処方薬の服用(避妊薬以外) Any prescription medicine			耳の手術 Ear surgery		
8時間以内のアルコール摂取 Any alcohol within the last 8 hours prior			鼓膜損傷 Perforated eardrum		
ツアー参加後12時間以内の飛行機搭乗 Flight within 12 hours after dive.			妊娠 Pregnancy		

以上、私の健康状態について正確に記入しました。いかなる病気・症状を明記しないことによって、私自身生命と健康を危険にさらすことになるかもしれないことを理解しています。 サイン

私は安全ダイビング(Scuba-Doo)に不適当な状態の隠匿が、私の生命、健康状態に対して危険性を生じること
を理解し確認いたします。また、私は健康上の声明書を熟読し、私自身あるいは私の相続人に代わって、内容を
すべて理解した上で署名するものです。私の知る限りにおいて、健康上の声明書に記入した情報は真実で正確
なものです。この声明書により原因の如何にかかわらず発生しうる身体的障害、財産の損失、あるいは不適行為
による死亡を含むあらゆる損害賠償から、私のインストラクター、およびScuba-Doo Carins Pty.Ltd,
Reef Management Pty.Ltd,そしてBELLAQUAINCの債務を免除することを承諾し、同意します。
ただし、書中には被免責者の過失行為、不注意が含まれるが、それだけに限定されることではありません。

参加者または親権者署名

日付(D / M / Y)

日 月 年

Staff Use Only:					Staff Sign
Cash	T/C	Visa / Master	HPU	GI R/C	PIF
\$	\$	\$	\$	\$	\$

* ポンツーン到着後のキャンセル料は100%(返金不可)。ポンツーン到着前または健康状態により参加いただけない場合のみキャンセル料不要(全額返金)。