

TOKASHIKI 股份公司 體驗潛水 申請表

參加日：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日

英文	性別 男・女	出生年月日(西元)			血型
姓名		年	月	日	(型)
住址 〒 _____		TEL: _____			
緊急聯絡方法(必須要填)					
姓名		(親屬關係: _____)		TEL: _____	
有沒有潛水的經驗?		乘坐飛機日: _____ 月 _____ 日			
□有(_____ 次) □沒有		※體驗潛水後, 當天不可以乘坐飛機。			

※喝酒或者身上有酒精的情況下的客人不可以參加。

.....Medical Check / 健康調查表

請在符合 您的狀況的項目處打上記號

身高: _____ cm 體重: _____ kg 腳尺寸: _____ cm 視力: 良 有度數 隱形眼睛

※現在或者以前是否患過以下疾病?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 目前有感冒 | <input type="checkbox"/> 現在看病中 (含懷孕中) |
| <input type="checkbox"/> 目前有鼻塞/鼻塞炎 | <input type="checkbox"/> 現在服藥 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 耳朵的病曆 (中耳炎・聽力減退・壓平衡不調) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸系統疾病 (哮喘・肺結核・肺炎・自然氣胸等) | <input type="checkbox"/> 神經系統疾病 |
| <input type="checkbox"/> 循環系統 (不整脈 高血壓 心絞痛 心臟病) | <input type="checkbox"/> 最近接受過手術治療 |
| <input type="checkbox"/> 除了上記以外的其他病症 _____ | |

.....確認書.....

本人充分理解在海上的危險性, 並且本人願意承擔一切相關的所有責任參加潛水體驗活動。

若在沒有遵守教練或是工作人員指示之下或是沒有詳細說明病史而發生事故的話, 本人願意承擔一切相關的所有

本人已經詳細閱讀並且同意上述內容

日期
西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 簽名 _____

西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 簽名 _____ 教練 _____
(未成年的情況下請附上監護者的親筆簽名)

※根據個人信息保護法, 對個人信息進行妥善管理。但, 依據法律上的需要可能會公開。

TOKASHIKI 股份公司 〒900-0012 沖繩県那覇市泊 3-14-2 TEL:098-860-5860