

# TOKASHIKI 股份公司 浮潛 申請表

參加日：西元            年            月            日

英文	性別	出生年月日(西元)	血型
姓名	男・女	年    月    日	(    型)
住址 〒            -		TEL:	
緊急聯絡方法(必須要填)			
姓名		(親屬關係:            )	TEL:
有沒有浮潛的經驗?		備註	
<input type="checkbox"/> 有(    次) <input type="checkbox"/> 沒有			

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

## .....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浮潛活動。

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責任。

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 沖繩縣那霸市泊 3-14-2    TEL:098-860-5860