

IDCコース用お申込書

ご記入日

年

月

日

担当

お申込者	ポイントカードNO(赤いカード裏面バーコード)		性別	生年月日	年齢	歳	
	2		男 女	19 年 月 日			
	フリガナ		自宅電話				
	氏名		自宅FAX				
	フリガナ		(〒 -)				
	住所		携帯電話		Email;		
	勤務先 学校名		電話番号				
	希望連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> メール				
緊急連絡	フリガナ		電話番号				
	氏名		携帯				
	フリガナ		(〒 -)				
住所							
保護者同意欄(未成年者のみでご参加の場合)			電話番号				
ご署名			印				
お客様データ	前回のダイビング		年 月 日	経験本数	本	カード	
	身長	cm	レンタル器材	<input type="checkbox"/> 軽器材セット	<input type="checkbox"/> マスク・スノーケル	<input type="checkbox"/> BCD	
	体重	kg		<input type="checkbox"/> 重器材セット	<input type="checkbox"/> ブーツ	<input type="checkbox"/> レギュレーター	
	足のサイズ	cm		<input type="checkbox"/> ウェット	<input type="checkbox"/> フィン	<input type="checkbox"/> 中圧ホース	
	視力 右			<input type="checkbox"/> ドライ	<input type="checkbox"/> ライト	<input type="checkbox"/> 預かり器材	
左							
お支払	ご利用コース		ご利用料金		円		
	コース料金	確認日	担当	残金	確認日	担当	
	年 月 日 までにお支払い下さい。			年 月 日 までにお支払い下さい。			
	お支払方法		<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 店舗現金(横 浜 池 品 船 F)				

コース日程

担当者

コース日程

IDCコース	月 日 時~	()
	月 日 時~	()

弊社は、お客様のダイビング等の様子を撮影させていただくことがあります。
 撮影させていただきました写真や動画等を、弊社のホームページやカタログ等弊社又は弊社の関連会社が
 商用利用する媒体で、利用・紹介させて頂く場合があります。あらかじめご了承をお願い致します。

YES NO

※なお、ホームページ上に掲載させていただいた写真や動画等につきまして継続的な掲載をご希望されない場合には、弊社までご連絡下さい。

申込日 201

年

月

日

本人署名

スタッフ記入欄

- 講習料金のご説明
- キャンセル料金のご説明
- レンタル器材のご説明
- 当日の集合時間、集合場所のご説明
- 受注レシート、ご入金レシートの確認
- 海洋当日の連絡先のご案内
- DOに入力しました
- オンラインPICの入力確認

受付担当スタッフ確認印

店舗マリンスタッフ確認印

☆スタッフ備考欄



PADI安全潜水標準実施要項了解声明書

注意して読んだ後にご署名ください。

この声明書は、スキン・ダイビング、スクーバ・ダイビングを安全に行うために必要なことを知っていただくためのものです。これらを再確認し、了解していただくためにまとめられたものであり、ダイビングをするにあたっての快適度や安全性を増していただくために作成されています。

安全なダイビングをするための習慣を理解されているという確認として、あなたの署名が必要です。

署名をする前にこの声明書をよく読み、ご不明な点がある場合には担当のインストラクター、またはスタッフにお尋ねください。もしあなたが未成年の場合は、保護者（親権者）の署名も必要になります。

私 _____（氏名を楷書で）は、ダイバーとして以下の事項を守るべきであることを了解しています。

1. ダイビングするときは、心身共に健康を維持してください。アルコール類や危険性のある薬物を服用してダイビングしてはいけません。継続教育を通してダイビング・スキルを維持するようにし、久しぶりにダイビングをするときにはコントロールされた環境で復習をするようにして、コースで使用した教材を参照し、知識やスキルを忘れないようにしてください。
2. あなたが潜るダイビング・ポイントをよく知る。初めて潜る場合やダイビング・ポイントの情報が不足している場合は、知識豊かな現地スタッフなどから正式なオリエンテーションを受けてください。あなたが経験したことのある環境よりもコンディションが悪い場合には、ダイビングを延期するか、あるいは良いコンディションのダイビング・ポイントを代替地として選ぶようにします。あなたの受けたトレーニングや経験にあったダイビング活動にのみ参加するようにしてください。専門のトレーニングを受けていない場合は、ケーブあるいはテクニカル・ダイビング活動に参加してはいけません。
3. よく手入れされていて、使い慣れている器材を使用してください。器材は各ダイビング前に正しく調整し、きちんと作動するかチェックをしてください。認定を受けていないダイバーに自分の器材を使用させてはいけません。スクーバ・ダイビングを行うときは必ずBCDと残圧計を使用してください。バックアップ空気源（オクトパスなど）や中圧インフレーター（パワー・インフレーター）を使用するほうが望ましいということを認識してください。
4. ブリーフィングや注意事項、その他ダイビングに関する説明や指示をよく聞いて、あなたのダイビング活動を監督する人のアドバイスに敬意をはらってください。また、特別なダイビング活動への参加、不慣れた地域でのダイビング、6か月以上ダイビングをしていない場合などは追加のトレーニングが必要であることを認識してください。
5. ダイビング中は、最初から最後までバディ・システムを守ってください。水中での連絡方法や万一離れ離れになったときに再集合するための方法、緊急手順などのダイブ・プランをバディと一緒に計画してください。
6. RDPの使用方法をきちんと理解してください。全てのダイビングを減圧不要限界内で行い、安全のために余裕を持ったダイビングを計画し、実行します。水中で深度や時間を測るために必要な計器を携帯してください。最大深度はあなたが受けたトレーニングや経験のレベルをよく考えて決定するようにし、1分間に18メートルより遅い速度で浮上してください。S.A.F.E.ダイバーになること — Slowly Ascend From Every dive（すべてのダイビングでゆっくりと浮上）。3分間あるいは用心してさらに長く、深度5メートルで安全停止をしてください。
7. 正しい浮力を維持してください。ダイビング前にBCDに空気を入れない状態で水面で中性浮力になるようにウエイトを調整するようにします。水中では中性浮力を保ち、水面移動をするときや水面で休息するときにはプラス浮力を確保してください。ウエイト・ベルトはいつでもすぐに外せるように装着し、ダイビング中にトラブルが起こった場合は、まずプラス浮力を確保することを忘れないようにしてください。
8. ダイビング中は正しい呼吸を維持してください。圧縮空気を吸っているときには絶対に息ごらえやスキップ呼吸をしてはいけません。また、スキン・ダイビングなどの息ごらえダイビングでは、過剰なハイパーベンチレーションを避けてください。水面、水中を問わず、水中にいるときは動きすぎて疲れてしまわないようにし、あなたの能力の限界内でダイビングしてください。
9. 可能な限り、ボートやフロート（浮具）、その他の水面用ステーションを設置して使用してください。
10. 各ダイビング・ポイントでの漁業規則や、ダイブ・フラッグの使用など、ダイビングに関する法律や規則やルールを守ってください。

私は、上記内容をよく読み、不明な点に対しては説明を受け、納得しました。私は、これらの実施要項の重要性と目的を理解しました。これらを守ることが私自身の安全と楽しみのために必要であることを理解し、ダイビングするにあたって、これらの実施要項を守らない場合には私自身を危険な状況においてしまう可能性があることを認識しています。

参加者署名

日付

未成年の場合、保護者の署名（親権者あるいは後見人）

日付



PADIコースの危険について

ディスカバー・ローカル・ダイビング、レスキュー・ダイバー・コース、
プロフェッショナル・コース、ディスタントタイプ・スペシャルティ・コース用
(日本国内での使用に限る)

よく読んでご記入ください

私 _____ (参加者) は、私がすでに認定ダイバーであり、安全ダイビングのトレーニングを受けており、ダイビングに付随する危険性について十分に理解していることをここに確認します。

また、私は圧縮空気を使用するダイビングには一定の危険が伴うため、再圧チャンバーにおける治療を必要とする傷害が生ずる可能性があることも理解しています。

また、このプログラムは、再圧チャンバーや医療施設から遠い環境の海や湖等の水域で実施される場合があることを理解したうえで、このプログラムを受けることに同意します。

このプログラムに参加した結果として、私に関連する環境及び条件等によって、私自身に起こりうる傷害その他の損害が生じないように注意を払います。また、健康管理など細心の注意をはらって参加します。

私は、このプログラムを提供する _____ (PADIメンバー) 又は
_____ (所在地) に所在する _____ (ストア)
及びPADIに対して、私がPADIメンバーの指示に従わなかったこと又は私の重大な過失によって私が被った損害については、PADIメンバーに過失が存した場合においても、その賠償責任を問わないことを約束します。

私は、この危険の告知書が単に注意書きにとどまるものではないことを理解し、またこの危険の告知書の内容のすべてを確認して署名します。私が未成年の場合は、私の親権者とともに署名します。

参加者署名

日付

未成年の場合は、親権者または後見人署名

日付

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションalスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険を生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適性に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングやダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。このチェックシートでの“ダイビング”という用語はスクーバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。このチェックシートは基本的に新しくダイバーになろうという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。あなたの安全、そして、一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えてください。

お願い

レクリエーションalダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。
女性への注意：妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	これまでに、通常の肉体的あるいは精神的能力に影響するような、肺、呼吸、心臓、血液の問題があったことがあります。	はい A欄へ	いいえ
2	45歳を超えています。	はい B欄へ	いいえ
3	中程度の運動（例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	はい* C欄へ	いいえ
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	はい C欄へ	いいえ
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。	はい* D欄へ	いいえ
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	はい D欄へ	いいえ
7	現在、精神的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です（あるいは、過去5年以内に治療が必要でした）。または、学習障害あるいは発達障害と診断されたことがあります。	はい E欄へ	いいえ
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	はい F欄へ	いいえ
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	はい G欄へ	いいえ
10	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（ラリアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	はい* H欄へ	いいえ

参加者署名

上の10の質問すべてに「いいえ」と回答した場合、医師による評価は必要ありません。以下の参加者宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。

参加者宣誓文：私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなることが生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

参加者のサイン（未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です。）

日付(日 / 月 / 年)

参加者氏名 (楷書)

生年月日 (日/月/年)

インストラクター氏名 (楷書)

ファシリティ名 (楷書)

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓書を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て（参加者チェックシートと医師の評価シート）を医師に提出して、評価を受けてください。ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート (つづき)

A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、植え込み型医療機器（例、ステント、ペースメーカー、神経刺激装置）、気胸または慢性肺疾患。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
心臓に関係する問題、あるいは、病気。例えば：狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去30日以内に、肉体的あるいは精神的な能力を損なう、肺や呼吸、心臓、血液に関する症状。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です：		
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
コレステロール値が高いです。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
高血圧です。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます（不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む）。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
耳の疾患があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくは平衡感覚に問題があります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾患があります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に意識消失あるいは失神した（気をうしなったり、うしないようになった）ことがあります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害（躁うつ病）があります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
現在継続して治療や特別な対処が必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食事制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠性糖尿病になりました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
G欄 - 私は過去に以下の状態でした：		
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去7日以内に、医療的処置が必要な脱水状態になったことがあります。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、胃食道逆流症（GERD）がありました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい* <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

ダイバーメディカル | 健康診断医師による評価シート

参加者名

生年月日

(楷書)

日付 (日/月/年)

上記の者は、レクリエーションダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、uhms.org をご確認ください。評価中に依頼人に関する (2ページの質問に「はい」と回答した) 部分についてご確認ください。

評価結果

- 参加することに同意します - レクリエーションスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。
- 参加することに同意しません - レクリエーションスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

医師の署名

日付 (日/月/年)

医師名

(楷書)

資格

クリニック/病院

住所

電話番号

Eメール

医師/クリニックのスタンプ (任意)

作成 : [Diver Medical Screen Committee](#) 提携・協力団体 :

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

肖像等の使用に関する承諾書

私は貴社 mic21 株式会社に対し、自己の肖像等の利用に関し、以下の事項を承諾します。

1 自己の肖像、画像、音声等（以下総称して「肖像等」といいます）について、貴社が業務上企画、作成、または使用する下記媒体に掲載し、商用利用すること、およびその利用のために、任意に画像処理、画像加工、音声処理、音声加工等を行うことができること。

- (1) 貴社が企画・作成・使用するカタログ、パンフレット、ポスターなどの印刷物
- (2) 貴社のホームページや電子メールマガジン
- (3) 貴社がインターネット・携帯電話において配信する電子データ
- (4) その他貴社が商用利用する各種媒体（テレビコマーシャル、ラジオを含む）

2 貴社が自己の肖像等を業務上企画、作成、または使用する第1項に規定される媒体に掲載し、商用利用することを許諾しますが、以下の方法を除きます。

- (1) 違法な活動またはその助長を目的とする広告・雑誌・インターネット等での使用
- (2) わいせつな内容の画像・音声・文章等を含む広告・雑誌・インターネット上等、その他公序良俗に反する内容を含む広告・雑誌・インターネット上等での使用
- (3) 第三者に対する誹謗、中傷または脅迫その他の犯罪行為を目的とする広告・雑誌・インターネット上等での使用
- (4) 第三者に対する差別、偏見または憎悪の助長を目的とする広告・雑誌・インターネット上等での使用
- (5) 他人の著作権を侵害する等違法な内容を含む広告・雑誌・インターネット上等での使用
- (6) 前5号に該当するホームページにリンクする広告・雑誌・インターネット上等での使用

3 (1) 自己の肖像の使用に対しては何らの対価も発生しないものとする。

(2) 貴社が本承諾書に基づき自己の肖像を無償にて使用することができる。

承諾書記入日 平成 年 月 日

ツアー、講習開催日 平成 年 月 日

東京都港区高輪3-23-16

mic21 株式会社

代表取締役 平山 衛耀 殿

名前 _____ 印

住所 _____
