

# プログラム参加同意書（体験ダイビング）

氏名（本人） \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上記の人は体験ダイビングプログラムに参加を申し込んでいます。

この書類は、参加申込者の体調が体験ダイビングプログラムに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

医師記入欄

医師による診断

- 体験ダイビングに不適合であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。
- 体験ダイビングに参加する事ができません。

所見記入欄

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

病院名

診療所名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

⑩

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_