

宣誓書

ヌメアダイビング（重要部外秘情報）

氏名： 松本 浩章
住所： 神戸市須磨区丸落4-26-28
ホテル、ルームナンバー：
MYダイブヌメア 477
生年月日、出生地： 1960.4.25 日本
電話番号： 078-793-5195
メールアドレス： ~~amat~~

私は下記潜水資格認定書の資格保持者であることを誓い証明し、署名します。

認定組織（Cカード団体）：
取得年月日（日/月/西暦年）：
ダイビング経験本数：
認定レベル：
トレーニングを受講したショップ：
前回潜水日（日/月/西暦年）：

私は、このダイビングセンターとスタッフが、民事責任において、保険で補償されている事を理解しています。また個人で事故に対する保険に加入する事も出来るということを理解しています。

ヌメアダイビングでは、特別なトレーニングを除き、すべてのダイブにおいて水深29m以上、もしくはインストラクターの深度以上に潜ることが禁止されている、ということを理解しています。

私は、ダイビング前に、すべてのレンタル器材を良好なコンディションで借りた事、タンクの空気が良質で十分であることを確認します。レンタル器材を紛失したり、破損させた場合には、すぐにスタッフに報告し、弁償する事に同意します。

私は、この宣誓書に偽りの内容があった場合は、責任が私にある事を了解しています。

病歴質問票

私は、現在もしくは過去に、下記の疾患にかかった事がある。（該当項目にチェックして下さい）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 人格障害もしくは神経症（ノイローゼ） | <input type="checkbox"/> 高所恐怖症 |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 血管の奇形 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 |
| <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく | <input type="checkbox"/> 肺気腫 |
| <input type="checkbox"/> 気胸 | <input type="checkbox"/> 持続する頻脈（脈拍が1分間に100を超える） |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 狭心症または心筋梗塞症 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> ペースメーカーの植え込み |
| <input type="checkbox"/> 最近の外科手術 | <input type="checkbox"/> ダイビング事故 |
| <input type="checkbox"/> ヘルニア | <input type="checkbox"/> 腸疾患 |
| <input type="checkbox"/> 網膜剥離 | <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| <input type="checkbox"/> 強度の近視 | <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎 |
| <input type="checkbox"/> 鼓膜穿孔 | <input checked="" type="checkbox"/> 副鼻腔炎 |
| <input type="checkbox"/> 座骨神経痛 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 意識喪失を伴う頭部外傷 | <input type="checkbox"/> 現在、妊娠していますか？ |

この中に一つでも該当する項目がある場合、スクーバダイビングを許可する医師の診断書が必要となります。

どの項目も該当しない場合

私は、上記の情報が正確で、この病歴質問事項に記載されたどんな病気も、私の知る限り冒された事がない事を宣誓します。このリストの項目は、あくまでも目安であり、これに限定されるものではありません。もしあなたが他の疾患にかかっている場合はこちらに記入して下さい。

その病気に関するダイビングの許可は、ダイビングディレクター（責任者）の指示に従います。

したがって、私はヌメアダイビングが、スクーバダイビングの実施にあたり明確な情報を備え、追求し、病歴質問に関する義務を果たしている事を認めます。

私は、ボートでのトリップやダイビング中に生じる可能性のあるいかなる障害、その他の損害についても責任は自分にあることを理解し、ヌメアダイビングに対する賠償責任を問わない事を約束します。

この宣誓書の内容を全て理解し、確認して署名します。

ヌメア署名日（日/月/西暦年）： 22.09.2008
署名（サイン）：



DECLARATION OF HONOUR (confidential) **Testified to NOUMEA DIVING**

Family Name & First Name :

Date & Place of Birth :

Address :

Telephone Number :

Hotel & Room Number :

I, the undersigned, hereby declare on my honour that I hold the following diving certificate :

Level : Training system (eg. PADI) :

Date qualified : Training center :

Number of dives : Date of last dive :

I am aware that I am covered for civil liability by the diving centre NOUMEA DIVING.

I am aware of the possibility to sign up for individual accident insurance, which is strongly advised.

At NOUMEA DIVING, all dives deeper than 29 meters are strictly forbidden (excepted for special training reason). You are not authorized to dive deeper than the instructor leading the dive.

I will inspect all of my equipment prior to the activity, to ensure that it is free from defects and in good working condition, including checking both the quality and quantity of air in any scuba tanks rented. However, in case of that the equipment is damaged or lost by my faults, I will declare to the staffs immediately and I agree to compensate of it.

I am aware that this declaration hold me responsible in case of having made a false declaration.

Date :

Signature :

MEDICAL QUESTIONNAIRE

I suffer from at present or have suffered from the following ailments (tick the boxes requiring an affirmative answer) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> character or neurotic problems | <input type="checkbox"/> dizziness, fear of heights |
| <input type="checkbox"/> epileptic fits | <input type="checkbox"/> vascular malformations |
| <input type="checkbox"/> vascular brain accident | <input type="checkbox"/> chronic obstructive broncho-pneumonia |
| <input type="checkbox"/> chronic asthma | <input type="checkbox"/> sclerotic emphysema |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax | <input type="checkbox"/> permanent tachycardia > to 100 |
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> angina pectoris or infarct |
| <input type="checkbox"/> heart rhythm problem | <input type="checkbox"/> wear a pace maker |
| <input type="checkbox"/> recent surgery | <input type="checkbox"/> diving accident |
| <input type="checkbox"/> hernia | <input type="checkbox"/> colopathy |
| <input type="checkbox"/> detachment of the retina | <input type="checkbox"/> glaucoma |
| <input type="checkbox"/> serious short-sightedness | <input type="checkbox"/> chronic, dry or festering otitis |
| <input type="checkbox"/> perforated ear-drum | <input type="checkbox"/> infection of nasal-sinus cavities |
| <input type="checkbox"/> lumber sciatica | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> cranial traumatism with loss of consciousness | <input type="checkbox"/> are you pregnant ? |

One ticked box automatically necessitates obtaining a certificate for permission to scuba dive.

If no box is ticked :

I declare that the information given above is correct and that, as far as I know, I am not subject to any of the conditions mentioned in this medical questionnaire. This list is guidelineed and is not exhaustive. If you suffer from any other malady, please describe it :

In case of any dispute the permission to dive will be required from the diving Director.

Accordingly, I acknowledge that the diving centre has fulfilled its obligations in regards to the medical questionnaire and to seeking any valid reason for me not to engage in scuba-diving.

I acknowledge that I have read the foregoing paragraphs, fully understand the potential dangers incidental to engaging in this boat trip and scuba dives, am fully aware of the legal consequences of signing this instrument.

Noumea, Date :

Signature :