

①インストラクター控用

Stars 受講申込書

受講申込日 (西暦)	年	月	日	受講開始日 (西暦)	年	月	日	受講終了日 年	月	日	
受講ランクにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1スターダイバー <input type="checkbox"/> アドバンスド1スターダイバー <input type="checkbox"/> 2スターダイバー <input type="checkbox"/> アドバンスド2スターダイバー <input type="checkbox"/> 3スターダイバー <input type="checkbox"/> 4スターダイバー <input type="checkbox"/> 1スターインストラクター <input type="checkbox"/> 2スターадвансд инструктор <input type="checkbox"/> 2スタートレーニングインストラクター <input type="checkbox"/> 3スター м аст р и н с т р а к т о р <input type="checkbox"/> 3スターコースディレクター ^ア <input type="checkbox"/> その他 ()				認定日 (西暦)	年	月	日	認定者 氏名(漢字)	STARS ID (1桁~4桁)		
				 発行するカードについて <input type="checkbox"/> STARSカードのみ発行 <small>※上記にチェックがない場合、CMAS/STARS両方のカードを発行します。</small>				写真 4cm×3cm <small>申請書送付の際は写真が折れないようご注意ください。</small>			
				ネットダイバースクール修了者ですか? <input type="checkbox"/> はい 合格証No. _____ <input type="checkbox"/> いいえ _____							
				<input type="checkbox"/> ランクアップ 現在所有する 認定証No. _____							
受講生氏名	姓／ (漢字)										
	FAMILY NAME／ (ローマ字大文字)					FIRST NAME／					
生年月日	(西暦)	年	月	日	年齢()才	血液型()	性別／男・女	配偶者／有・無			
受講生住所	〒	—	(漢字)		都道府県						
	国籍 (ローマ字大文字)										
	国籍										
	TEL ()	—	FAX ()		—						
受講生勤務先	勤務先名			所属	TEL ()	—					
緊急連絡先	氏名			続柄	TEL ()	—					
INSTRUCTOR USE											

※以下必ずご記入の上、ご提出ください。

コース修了時の確認文

私は、コースを受講した地域のコンディション(透視度・波高・海域等)と、ダイブプラン(潜水方法・水深・時間)が同等な場合に限り、ファンダイビングを行います。ファンダイビングを行う際には、安全のためにSTARSインストラクターと一緒にダイビングすることが推奨されていることを理解しています。

また、経験のない環境や方法でダイビングを行う場合、もしくは、ダイビングからしばらく遠ざかった期間があるときには、ファンダイビングに参加する前にトレーニングが必要であることを理解しています。

コース受講中に経験した私の最大深度は _____ mです。

また、コース受講中に経験した私の透視度は _____ mです。

(西暦) 年 月 日 本人署名

印

健康診斷質問票

◇下記の病気や症状をお持ちの方は、医師の許可なくダイビングすることができません。

- 鼓膜せん孔 ●メニエール病 ●中耳炎 ●慢性副鼻腔炎（蓄膿症）
 - 日常生活や運動に制限が生じる花粉や食物等に起因するアレルギー反応
 - COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常（検査による運動制限） ●鼻腔閉塞（鼻ポリープ・鼻中隔湾曲）
 - 歯に補填物による空洞や適合していない義歯がある ●内因性の気管支喘息 ●自然気胸 ●肺気腫 ●結核
 - 肺に空洞が残った結核 ●喫煙による気管支の炎症 ●急性呼吸器感染（風邪・肺炎・気管支炎） ●不整脈 ●弁膜症
 - 冠動脈疾患 ●心筋症 ●高血圧 ●精神症 ●アルコール中毒 ●神経痛 ●てんかん ●神経疾患 ●偏頭痛
 - 頭部外傷後のけいれん発作・脳波異常 ●脳卒中（脳内出血・脳梗塞・くも膜下出血） ●関節炎 ●筋肉炎 ●関節リウマチ
 - 胃・十二指腸潰瘍 ●肝炎 ●膀胱炎 ●糖尿病 ●甲状腺疾患（内服で調節不可能なもの） ●緑内障 ●結膜炎 ●対麻痺
 - 極度の肥満 ●妊娠 ●閉所、高所、開けた場所などの恐怖症 ●乗り物酔い、船酔いがひどい
 - 飛行機に乗った時、または車で峠を越えたとき、耳や副鼻腔の圧力平衡がとれず痛みを感じる
 - 5秒間に5回、椅子の上に昇り降りして、脈拍を測定し、45秒以内に元に戻らない

◇上記以外の病気をお持ちの場合は、記入してください。_____

私は、上記に該当する病気や症状はありません。

(西曆) 年 月 日 本人署名

EP

保護者署名（未成年の場合）

60

コース内容確認文

私は本プログラムに参加することで、私自身が参加するプログラムの潜在的な環境の持つ危険性について充分納得しています。また、講習日程について、料金について、開催地やスケジュールについて、使用するテキスト・教材について、コース費用の他に必要となる費用について、キャンセル料について、天候により講習地変更や講習日変更や講習費用の追加の可能性があることについて、認定カード申請期限について了承しました。また、講習に際して十分な成果が得られなかったときには、認定が受けられない場合があることを理解し、それまでにかかった費用などについて返却の請求はいたしません。

危険の告知の理解

私は、私の故意又は過失によりガイドダイバー（インストラクター）の安全に基づく指示に従わなかったり、勝手な行動を起こしたりすることが私自身に危険を招き事故につながる場合もあることの説明を受け理解しました。また、プログラム中は、健康管理に責任を持ち、何らかの異常を感じた時は、参加中止や中断の意思をガイドダイバー（インストラクター）に明確に伝えます。さらに、お客様は下記の①～⑤の遵守事項（沖縄県条例施行規則第25条）を遵守してください。
①潜水具の正しい使い方について習得すること。
②過労、睡眠不足、食事直後、飲酒又は薬物服用の状態で潜水しないこと。
③潜水中は、必ずバディシステムを遵守すること。
④養殖又は畜養中の魚貝類の育成を害しないこと。
⑤ガイドダイバー（インストラクター）の指示又は指導に従うこと。

この講習会を担当するガイドダイバー（インストラクター）の氏名は _____ です。

また、この講習会の潜水場所は_____です。

ご不明な点は、ご遠慮なくガイドダイバー（インストラクター）や当店にご確認ください。

(西曆) 年 月 日 本人署名

60

保護者署名（未成年の場合）

印

実習開始時の確認文

◇受講生は実習日を記入し、その下の空欄にYESまたはNOを記入してください。

- 実習日
 - 睡眠時間は十分である。
 - 酒気をおびていません。
 - 健康状態は良好です。
 - 一切の薬物は服用しておりません。 .
 - 花粉や食物等に起因するアレルギー反応はありません。
 - COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常（検査による運動制限）はありません。 . .
 - 本日の実習参加を希望します。 . . .