



WAIVER OF LIABILITY

免責同意書

氏名(ローマ字) _____ 性別 男 女
 Full name (print) : _____ Sex : Male Female
 生年月日月 _____ 日 _____ 年(西暦) _____ 年齢 _____
 Date of birth : Month _____ / Day _____ / Year _____ Age : _____
 国籍 日本 _____ 身長 _____
 Nationality : Japan Russia Indonesia Other(_____) Height : _____ cm

ご注意 / NOTICE

- 参加するお客様は年齢が9歳以上または身長が140cm以上で健康な方に限ります。
 You must be 9 years old or older, 140cm or taller, and must be in good condition.
- 参加するお客様は薬物、アルコールの影響下にならないようにしてください。
 You can't be under the influence of any drugs or alcohol.
- もし18歳未満の方が参加する場合は、参加前に保護者の同意が必要となります。
 If you are under 18 years old, you must have your guardian's signature before participating in the Aquanauts activity.
- 妊娠されている方はシーウォーカーに参加出来ませんのでご了承ください。
 If you are pregnant, you can't participate in the Aquanauts activity.

健康調査 / HEALTH CHECK

該当する項目がありましたら✓印を付けインストラクターに相談してください。

Check ✓ box and consult with your instructor, if you have one of the following conditions.

- | | |
|---|---|
| ① <input type="checkbox"/> 妊娠中である。
You are pregnant. | ⑦ <input type="checkbox"/> 耳の病歴がある。
You have / had an ear infection recently. |
| ② <input type="checkbox"/> 海水に対してアレルギーがある。
You have any allergies to salt water. | ⑧ <input type="checkbox"/> 現在鼻が詰まっている。
You have a congested nose or sinus problems. |
| ③ <input type="checkbox"/> 心臓に関する病歴がある。
You currently have heart problem or heart disease. | ⑨ <input type="checkbox"/> 最近病気をしたり手術を受けた。
You have currently had an illness or surgery. |
| ④ <input type="checkbox"/> 肺や呼吸器の病歴がある。
You currently have lung or respiratory organ problem. | ⑩ <input type="checkbox"/> 医師のもとに通院している。
You are currently under doctor's care. |
| ⑤ <input type="checkbox"/> 発作やマヒ、めまいをおこしやすい。
You have a risk for heart attack, paralysis or dizzy spell. | ⑪ <input type="checkbox"/> 医師に薬を処方されている。
You are taking medication for an illness. |
| ⑥ <input type="checkbox"/> 現在副鼻腔の病歴がある。
You currently have a sinus problem. | ⑫ <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。
You are claustrophobic. |

私は私自身の意思でシーウォーカーに参加し、インストラクターの安全管理指示に従うことを約束します。またシーウォーカーに参加したことで起こりえるあらゆる損害について、私および私の関係者は主催会社 およびインストラクターまた資格認定団体に対していかなる損害賠償もしないことに同意します。

私はこの免責同意書が私の署名、または私が法的成人に達していない場合は保護者の署名をもって 免責同意書と同じ効力を有することにも同意します。

I hereby agree that I am participating in the Aquanauts activity at my own free will and risk, and abide by the instructor's safety control instructions. I further agree that I, my family, relatives, and/or acquaintance will not make any claim against. PT. Bali Hai Diving Adventures (BALI HAI AQUANAUTS), the instructor or the manufacturer of this product (PT Wisata Jalan Laut) and indemnify the above mentioned for any damages or injuries I may sustain from the Aquanauts equipment due to negligence on my part. I agree by my participation and signature, or in case I am not legally an adult, my guardian's signature on this WAIVER OF LIABILITY, that any legal actions or claims taken against the companies mentioned above will be heard and settled only in the courts of the territory of Bali.

参加者署名 _____ 参加日 月 _____ 日 _____ 年 _____
 Participant's signature _____ Activity date Month _____ / Day _____ / Year _____

保護者署名 _____ 参加日 月 _____ 日 _____ 年 _____
 Guardian's signature _____ Activity date Month _____ / Day _____ / Year _____

氏 (ローマ字) :

名 (ローマ字) :

連絡先等	住所 :						
	電話番号 (自宅) :	(勤務先) :	(ファクス) :	生年月日	/	/	性別 : 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
	職業 :	ダイビング適性診断日 : 20 年 月 日			医師または病院名 :		
	指導インストラクター名 :	インストラクター番号 :					
	パスポート番号 :						
	滞在ホテル名 (ローマ字) :	部屋番号 :					

声 明 書

P.T. Bali Hai Diving Adventures / Bali Hai Cruises Pty Ltd. / P.T. Bali Hai Cruise Nusantara / Tropic Charterers Pty Ltd 殿

私、下に署名した者は、貴殿、貴社、代理店 (以下 "インストラクター" という) が私に対し、スキューバ ダイビングの技術指導を行うことに同意したため、私は下記の通り表明し、同意します。

- 私は、健康状態が良好で既知の医学的障害がなく、医師の所見において安全なスキューバ ダイビングの妨げとなるような薬を現在服用していないこと。
- 私は 18 歳以上であること。(18 歳未満の場合、私の法的保護者もこの声明書に署名し、その条件に従うことに同意すること。また、いかなる法的障害を受けていないこと。)
- スキューバ ダイビングがリスクや危険を伴い、またインストラクターと生徒間のコミュニケーションが困難な場合があることを了承していること。
- 以上の声明に基づき、また上記の教授のために私 (私自身、私の相続人、遺言執行人、または遺産管理人) は
 - 指導中または指導の結果として生じるいかなる事故、損害、死亡、負傷、損失が原因となる、または関係しているいかなる請求または要求からインストラクターを法律で許される範囲において責任から免除することを表明する。
 - 指導中または指導の結果として生じる私によるいかなる行為、不履行または怠慢が原因で、インストラクターが被るいかなる請求、費用、損害賠償、訴訟、訴訟手続き、経費、損失額を私が補償し、インストラクターを損害から守ることに同意する。
 - 当同意書または同書類に記載されたサービスから生じるいかなる問題、いかなる第三者に対し、請求があれば私は依頼に応じ、またはインストラクターの指示に従い、同請求に対する私の権利を譲渡することに同意する。

当同意書を通読し、その内容を十分に理解した上、その事項を守ることに同意することを認めます。

氏名 (ブロック体) _____

サイン _____ 日付 _____

(18 歳未満の場合)

保護者のサイン _____ 日付 _____

病 歴

あなたの健康が、スキューバ ダイビングを安全に行うための第一の条件です。そこで NASDS 指定の医師によるダイビング適性診断を受けていただくのが理想です。しかし、都合によりそれが無理な場合は、下記の質問にご回答ください。

下記の病気 / 症状を現在治療中または以前に経験されたことがありますか？

心臓病	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
喘息	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
糖尿病	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
耳の病気	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
気絶または失神	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

以前、下記の症状のために手術を受けたことがありますか？

a) 呼吸困難	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
b) 胸の痛み	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

今から 24 時間以内に飛行機に乗る予定はありますか？ はい いいえ

海では自信を持って泳げますか？ はい いいえ

ハードコンタクトレンズを着用していますか？ はい いいえ

現在、マラリア予防の薬を使用中ですか？ はい いいえ

前回スキューバ ダイビングを行った日付と 日付 20 年 月 日

深さをお答えください。 深さ _____ m

上記の回答に相違ないことを誓います。

署名 _____ 20 年 月 日