

(見本) 体験ダイビング参加可否 所見書

体験ダイビング(スクーバ・ダイビング)NO、2

実施日 (西暦) 2013 年 6 月 1日

学校名 沖縄第一中学校 2 年 3 組 20 番

生年月日 (西暦) 1999 年 1 月 1日 年齢[14 歳] 血液型[A]

※ 参加者署名 沖縄 花子 2013 年 4 月 15 日

※ 親権者署名 沖縄 太郎 2013 年 4 月 15 日



※ の署名・捺印が無い場合は、参加出来ません。(署名欄の日付は記入日になります)

医師記入欄

上記の人は体験ダイビング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に適した状態であるかどうかをお尋ねしているものです。

医師による診断

- 体験ダイビングに不適格であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
 体験ダイビングをする事は進められません。

※該当するものにチェックをして下さい

所見

例) 特に不適格と見られるような所見はみられません。

※ 医師あるいは医師の法定代理人の署名

沖縄第二耳鼻科

医師: 比嘉 二郎 印

◆この病歴書は、個人情報を守る為目的
以外での使用は致しません。

アプリシエイト 株式会社

〒904-0415

沖縄県国頭郡恩納村字仲泊929-1-601

体験ダイビング参加可否 所見書

体験ダイビング(スクーバ・ダイビング)NO、2

実施日 (西暦) 年 月 日

学校名 年 組 番

生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢[歳] 血液型[]

※ 参加者署名 年 月 日

※ 親権者署名 年 月 日 ※ ㊞

※ の署名・捺印が無い場合は、参加出来ません。(署名欄の日付は記入日になります)

医師記入欄

上記の人は体験ダイビング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に適した状態であるかどうかをお尋ねしているものです。

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、医学的障害は見受けられません。
- 体験ダイビングをする事は進められません。

※該当するものにチェックをして下さい

所見

※ 医師あるいは医師の法定代理人の署名

◆この病歴書は、個人情報を守る為目的
以外での使用は致しません。

アプリシエイト 株式会社

〒904-0415

沖縄県国頭郡恩納村字仲泊929-1-601