

**ディスカバー・スノーケリングの確認書**  
**スキン・ダイビングの確認書**  
**サプライド・エア・スノーケリングの確認書**

日本国内で、中学生以上の未成年者の参加者の場合に限る

参加者の記録（部外秘）

参加者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所：〒 \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_\_ 自宅電話： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ 勤務先電話： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**ディスカバー・スノーケリングに関する危険の告知書**  
**スキン・ダイビングに関する危険の告知書**  
**サプライド・エア・スノーケリングに関する危険の告知書**

よく読んでご記入ください。

私 \_\_\_\_\_ / 私の子供 \_\_\_\_\_ は、  
(親権者名) (参加される方のお名前)**スノーケリング スキン・ダイビング サプライド・エア・スノーケリング**  
(参加プログラムに印を入れてください)

についての説明を受け、内容を十分に理解したうえで参加することを証明いたします。

私（親権者）/私共（親権者及び参加者）は、上記で選択したプログラムに参加させる/参加するにあたり、このプログラムが海や湖、プールなどの水域で実施されることを理解しており、したがって、安全のためにガイドやインストラクターの指示にしたがうことに同意いたします。

私/私共は、このプログラムがスポーツであり、参加するためには健康でなくてはならないことを知っています。特に、耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、今までの病歴に関してはすべてガイドやインストラクターに説明し、もし不明な点、ガイドやインストラクターの指示が合った場合には、医師の診断を受けさせることに同意いたします。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加する条件であることを知っています。

私（私/私共）は、安全にプログラムを楽しむには、上記のことを全て守る必要があることを十分理解し、インストラクターやガイドの指示に従わないことや、重大な病歴について説明しないことその他重大な不注意等が原因となり事故が発生しても、それは全て私（私/私共）の責任であることを了解しています。



私/私共は、上記の内容をよく読み、確認して署名いたします。

\_\_\_\_\_  
親権者氏名 親権者署名 日付\_\_\_\_\_  
参加者氏名 参加者署名 日付



# ディスカバー・スノーケリング及びスキンドайビング 免責及び 危険引受同意書

よく読み、空欄に全て記入してから署名してください。

私 \_\_\_\_\_ は、

参加者氏名

スキンドайビングには重傷又は死につながる可能性のある固有のリスクがあることを認識していることを、ここに確言します。

私は、私のガイド/インストラクター、このプログラムの提供を媒介する施設である \_\_\_\_\_、  
施設名

PADIアメリカ(株)、その支社及び子会社、それらの各従業員、役員、代理人、請負業者、権利継承者(以下「免責関係者」と称する)のいずれに対しても、私がこのプログラムに参加した結果として、又は免責関係者を含む関係者が能動的か受動的にかかわらず過失を犯した結果として、私、私の家族、財産、相続人又は権利継承者に傷害、死亡又はその他の損害が生じた場合に、その責任を一切問うことができないことを理解し同意します。

私は、このプログラムへの参加を許可される対価として、このプログラム参加中に私に起こるこのプログラムの全てのリスクを、それが想定外であってもなくても、ここに自ら引き受けます。

私はさらに、私がこのプログラムに登録及び参加することから生じる、私、私の家族、財産、相続人又は権利継承者による賠償請求又は訴訟から、かかるプログラム及び免責関係者を免除及び免責し、これに害を与えません。

私は、スノーケリング及びスキンドайビングは身体的に激しい活動であり、このプログラム中は身体に無理がかかることを理解しています。心臓発作、パニック、過呼吸、水溺又はその他の要因によって傷害を受けた場合でも、かかる傷害のリスクを明示的に引き受け、免責関係者にその責任を負わせることはありません。

私は、過去または現在の病状が、私のプログラム参加に禁忌である可能性を認識しています。私は、風邪、鼻詰まり、耳感染症に現在かかっていないことを確言します。また、けいれん発作、めまい若しくは失神又は心臓病(例：心血管疾患、狭心症、心臓発作)を起こしたことがないことを確言します。さらに、肺気腫や結核などの呼吸器疾患にかかったことがないことを確言します。私は、身体能力または知的能力を低下させることに関して警告が記載されている医薬品を、現在服用していないことを確言します。

さらに、私は法定年齢に達しておりこの免責同意書に署名する資格があるか、私の親又は保護者の文書による同意を得ていることを言明します。私は、本書に記載されている条件が契約であって単なる説明でないこと、及び本書によって私が自らの法的権利の放棄に同意することを認識して自らの自由意思でここに署名したことを理解しています。さらに、本同意書のいずれかの規定が強制不可能又は無効であることが判明した場合、その規定が本書から分離されることに同意します。その場合、本同意書の残りの規定については、強制不可能な規定が最初からなかったものとして、解釈します。

私は、免責関係者に対して訴訟を起こす権利を放棄するだけでなく、私が死亡した場合に私の相続人、権利継承者、受益者が免責関係者を訴える権利も破棄することを理解し同意します。さらに、私にはそれを行う権利があり、私の相続人、権利継承者、受益者は、私の免責関係者への表明のため、異議を主張することができないことを表明します。

私 \_\_\_\_\_ は、本書により、

参加者氏名

人身傷害、物品損害、不法死亡について、能動的か受動的かを問わない免責関係者の過失であっても、原因にかかわらず、私のガイド/インストラクター、このプログラムの提供を媒介する施設である \_\_\_\_\_、  
施設名

PADIアメリカ(株)並びに上記に定義する全ての関係組織の一切の責任を免除することに同意します。

私及び私の相続人は、自分及び私の相続人を代表して署名をする前に、本書を読んでこの免責及び危険引受同意書の内容について十分な知識を得ています。

参加者署名

日付(年月日)

親又は保護者署名(該当する場合)

日付(年月日)