



確認者:

(SeaTREK®ガイドの氏名)

参加者登録書および免責同意書

氏名 (楷書体で書いてください): _____

生年月日: ____ / ____ / _____

住所 (楷書体で省略せずに書いてください): _____

郵便番号: _____

電話番号: (____) _____ - _____ Eメール: _____

緊急の場合の連絡先: _____

緊急の場合の電話番号: (____) _____ - _____

現在の健康状態または病歴に関する以下の質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。「はい」と答えた場合、必ずしも SeaTREK アドベンチャーへの参加資格がなくなる訳ではありません。

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. 妊娠3ヶ月以上ですか? |
| <input type="checkbox"/> | 2. 心臓発作、脳卒中、心臓病を患ったことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 3. 喘息または呼吸や運動をした時ゼイゼイということがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 4. 現在、風邪、副鼻腔炎または気管支炎に罹っていますか? |
| <input type="checkbox"/> | 5. 肺疾患を患っていますか? |
| <input type="checkbox"/> | 6. てんかん、発作、痙攣を起こしたことがありますか、またはそれらの病気の予防のために薬を取っていますか? |
| <input type="checkbox"/> | 7. 一時的に意識を失ったり失神したことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 8. 潜水中に事故を起こしたことまたは減圧症に罹ったことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 9. 高血圧または高血圧予防のための薬を飲んでいますか? |
| <input type="checkbox"/> | 10. 心臓手術、狭心症または血管の手術を受けたことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 11. 出血または血液疾患に罹ったことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 12. 糖尿病が原因で激しい運動が制限されていますか? |
| <input type="checkbox"/> | 13. 現在、薬物の服用、または飲酒をしていますか? |
| <input type="checkbox"/> | 14. 耳または鼻腔手術を受けたことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 15. 耳の病気、聴力喪失、またはバランス機能に関する病気に罹ったことがありますか? |
| <input type="checkbox"/> | 16. 飛行機に乗ったり高い所へ行って耳が詰まった時、気圧調整(耳抜きをする)をするのが困難ですか? |

答に一つでも「はい」がある場合は、SeaTREK ダイビングに参加するために医師の許可を受ける必要があります。

私, _____ (氏名を記入)は、医師が私の現在の健康状態と病歴を把握しており、水泳、シュノーケリングあるいはダイビングを許可したことを確言します。また私は、私が提供した病歴情報が正確かつ完全であることを確言します。SeaTREK アドベンチャー 終了後4時間以内に飛行機に搭乗しないことを同意します。

署名: _____ 日付: ____ / ____ / _____

裏も見直し/ 署名してください。

私、(参加者名) _____ は、本書に署名する目的を理解し、SeaTREK ガイド、SeaTREK 認可者、SeaTREK オペレーター、Sub Sea Systems, Inc., 又は関連する雇主、役員、エージェント、社員、請負業者、および SeaTREK オペレーターを指名した人またはメーカー(以後本文中で被免責者と呼ぶ)が、私が SeaTREK (以後本文中でプログラムと呼ぶ)に参加することにより生じるいかなる、またはすべての責任、または被免責者を含む関係者による行為や手落ち、それらの何れかが起因となる過失(ただしこの限りではない)に対し一切の責任を免除します。

SeaTREK ダイビングに内在する、息こらえ、急上昇、肺の過膨張(ただしこの限りではない)および水死や溺れなどの水によるケガが含まれる危険について説明助言を受けたことをここに確言します。私は、SeaTREK 圧縮空気を使用するため治療に高圧室を必要とする減圧症、塞栓症、その他様々な高圧による傷害のリスクを内在していることを了解しています。さらに私は、SeaTREK が高圧室から時間的または距離的に離れた場所で行われることがあることも了解しています。高圧室が潜水場所に近接していない可能性を踏まえた上、私はこのプログラムに参加する手続きをするを選びます。

また私は、SeaTREK が身体的に激しい活動であること、およびこのプログラム中精一杯努力することを了解しており、万が一心臓発作、パニック、過度呼吸などの結果傷害が起こった場合、上述の傷害リスクは私が負い、上記の個人または会社に対して責任を問わないことを明記します。私はそれを行うにあたり、私や私の家族、相続人または選任者が、本プログラムによって発生しうるいかなるケガ、死亡、所有物の破損、その他の紛失や損失などを被免責者に対し申し立てることを放棄します。その中には、受動的、能動的あるいはいかなる種類の製品の欠陥もしくは故障が原因で被免責者が過失を犯した結果として起こった場合も含まれます(ただしこの限りではない)。

私は、SeaTREK は水中呼吸のための安全な入門指導をするよう立案されていると理解しています。このプログラムは私が有資格ダイバーになるための訓練をするものではありません。さらに私は、指導資格を有するインストラクターの直接の指導のもとに適切な能力を持つと認定されたダイバーとなるための認定コースを完了しなければならないことを了解し同意します。

私は、本文で述べられていることは契約に関するものであり詳述ではないことを了解した上で、この文書に自由意思で署名しました。私は SeaTREK への同意や参加に関するいかなる申し立てはカリフォルニア州の裁判所のみによって裁定され、またそれらの申し立てにカリフォルニア州の法律が適用され判決されることをここに同意します。私は、この免責およびリスク引受明示同意書の一部が管轄裁判所によって無効または不適当とされた場合、その部分は除かれるが同意書のその他の部分は有効であることを了解しています。

私は、参加者登録書および免責同意書に署名する前にこれを読み、説明を受け、理解したことを認めます。私が参加者登録書および免責同意書で提供した情報、または医師による許可(適用する場合のみ)は正確で完全です。私は、情報説明の誤り、手落ち、不明確に関するいかなる申し立てに関して被免責者を弁護および保護し、危害を与えないことに同意します。私または私個人の代理人が被免責者に対して起こすいかなる訴訟も私がこの文書に署名したことによって裁判なしに棄却されることを認めます。その中には、そのような申し立ての弁護で発生するいかなる妥当な弁護費用の支払い料金を含みます。

私は本免責およびリスク引受明示書について、内容をよく読み、私自身、私の相続人や代理人を代表して署名します。この同意書に署名することにより、被免責者および該当する団体を訴える権利を放棄し、被免責者またはその他によるケガや破損や不当な死などの過失からそれらを保護し、SeaTREK への参加に関連するすべてのリスクを負うことをここに同意します。

* 本免責およびリスク引受明示書を読み、また署名することによって生じる法的な結末について完全に理解します。署名に加えて、本ページの左下にあるボックスに私のイニシャルを手書きで記入します。

Sub Sea Systems, Inc.、宣伝だけを目的として、あなたが SeaTREK を体験している様子を写真やビデオ撮影することがあります。宣伝用に撮影されたあなたの写真やビデオの使用を拒否される場合は、以下のボックスにチェックマークを入れてください。

宣伝を目的として、私の画像を使用しないでください。

これらの条件の英語版とその他の版の間に不一致あるいは相違がある場合には、英語版が優先するものとする。

当社の素晴らしいツアーについて、どこでお知りになりましたか？

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ・SNS | <input type="checkbox"/> 雑誌 | <input type="checkbox"/> 新聞 |
| <input type="checkbox"/> 友人 | <input type="checkbox"/> テレビ | <input type="checkbox"/> ラジオ |
| <input type="checkbox"/> ホテルのツアーデスク | <input type="checkbox"/> その他 _____ | |

* 参加者の署名: _____ 日付: ____ / ____ / ____
 保護者または法定後見人の署名: _____