



# 事前チェックリスト

健康状態等に関する以下の質問事項について、いずれかの欄(「ある」「なし」)にチェックをし、「ある」をチェックした場合は具体的な詳細を記入してください。また、必要事項には数字を記入してください。

所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ (満 \_\_\_\_\_ 才)

潜水歴 \_\_\_\_\_ 年

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

項目	ある	なし	具体的な詳細
① 中耳炎や副鼻腔炎などの疾患の経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
② 気管支喘息や肺結核などの呼吸器系疾患の経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
③ 心臓弁膜症や高血圧などの循環器系疾患の経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
④ 四肢の麻痺などの循環器系疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
⑤ 減圧症の経験および後遺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
⑥ アルコール中毒や精神神経系などに関する疾患(てんかん、うつ病、不安神経症、パニック症候群等神経症を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
⑦ 定期健康診断で毎回指摘される項目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
⑧ 現在服用している薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
⑨ その他、以下の資格や症状等があるかお答えください。			( )
・ 潜水士免許	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 皮膚の疾患や、アレルギー性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・ 胃腸など消化器系に関する疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・ 弱視その他の目に関する疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・ 訓練に対する不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・ 溺れた経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・ 水に対する恐怖心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
⑩ 遊泳能力		約 _____ m	
⑪ 息こらえ時間		約 _____ 秒	

本訓練参加にあたり、不安なことがあればご記入ください。

( )

記載した内容に、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

間違いはありません。

受講者署名: \_\_\_\_\_



## Training Consent Form/訓練に関する同意書

1. 私は、本訓練において、以下の項目が含まれることを理解します。
  - (1)①水中で反転した②水面に浮いている③水没した ヘリコプターシミュレーターからの脱出訓練
  - (2)救命胴衣を装着しての洋上生存訓練(高さ 1m からの入水、水面での移動、救命筏への乗り込み、救助具による吊り上げなど)
  - (3)ダミー人形を用いた心肺蘇生法などの応急処置訓練
  - (4)救命艇に乗り込んだ状態での降下訓練
  - (5)消火器具を用いた初期消火訓練
  - (6)暗所および/または煙による視界不良状態における避難要領訓練※上記潜水の訓練内容についてインストラクターにまとめてもらい、記載する
2. 私は、本訓練で行われる内容を理解し、訓練中に起こり得る事象(水を吸引する可能性など)に関しては、自己の責任とすることに同意します。
3. 私は、本訓練に於いては、自己と他者の安全のために、積極的且つ責任を持った態度で臨みます。
4. 私は、自己の選択によって本訓練の実技に参加しなかった場合、本訓練の修了証が授与されないことに同意します。
5. 私は、訓練スタッフが行う訓練中の傷病に対する応急処置と治療のための手配を受容し、緊急時に於ける訓練スタッフの避難誘導に従います。

訓練予定日 :平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

日 付 : 平成 年 月 日

署 名 : \_\_\_\_\_

※ 本訓練の全ての実技あるいは一部の実技への参加・不参加は、あくまでも各受講者の自己選択によるものです。

## 個人情報の取扱いに関する同意書

日本サバイバルトレーニングセンター（NSTC）は、受講者の皆様のプライバシーを保護することをお約束致します。皆様のプライバシーを尊重して個人情報を保護する、私たちの以下の方法についてご理解をお願い致します。

### お客様情報の収集方法

皆様が必要とするサービスや製品を提供するために必要な情報を収集し、保持致します。

皆様から直接情報を収集し、もしくは皆様のご所属会社代表者様を通して情報を収集し、保持致します。

### お客様情報の使用方法

サービスや製品を皆様もしくは皆様のご所属会社様のご要望にしたがって提供するために、皆様の個人情報を使用致します。それには、以下の事項を含みます：

- 修了証の作成
- 訓練に関するデータベースの記録維持
- 請求書及び領収書の作成

修了証を発行するため、以下の第三者組織へ皆様の個人情報を共有もしくは使用することを求められる可能性があります。

- 訓練認証機関
- 保険会社
- 皆様のご所属会社様
- 訓練履歴を必要とする皆様の関係会社

ご提供いただきました個人情報は、統計的な報告及び研究資料作成等を作成するために内部で使用させていただく可能性があります。その統計的な報告は、顧客ニーズの把握や、サービス向上のためなどに利用させていただきます。

### セキュリティ

NSTC は、皆様が要望するサービスもしくは製品の提供に関わらない第三者や機関に対して、皆様の個人情報を開示することは致しません。

- 皆様の個人情報を含む紙ファイルは、使用后すぐに保護（錠により保管）致します。これらのファイルは5年間保管し、その後破棄致します。
- 電子ファイルは日々バックアップが取られます。もし皆様の個人情報が更新されない場合は、5年後に自動的に削除致します。

### ご自身の個人情報の確認について

私たちが保管している皆様の個人情報は、皆様ご自身が確認する権利があります。もし私たちが修正すべき情報を保持している場合、皆様は私たちに修正を依頼することができます。ご自身の情報の確認や修正のお問い合わせは、下記にご連絡ください。窓口もしくは文書によるご連絡でも結構です。

- 住所：〒804-0076 福岡県北九州市戸畑区銀座2丁目6番27号
- 電話番号：093-884-2020
- info@n-s-t-c.com

### 承認（同意）

以上、NSTC が皆様の個人情報を収集、使用することについてご理解、ご同意いただければ、以下にご署名をお願い致します。

受講者氏名（楷書）： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_