



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、パニック障害等を含む)	<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、 _____ 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) 装備品を外しての水面及び水中泳法
 - (2) マスククリアやスノーケルクリア訓練
 - (3) 高所からの入水(前方、後方)訓練
 - (4) 負荷状態での水面泳法、立ち泳ぎ訓練
 - (5) 深度 3.0m～5.0m 程度への素潜りによる装備品のリカバリー訓練
 - (6) 深度 1.5mでの水平潜水訓練
 - (7) 水中での装備品の脱装着訓練
 - (8) 資器材妨害の対処訓練
 - (9) 障害物下での無視界潜水訓練
 - (10) 深度 30m 相当での圧力環境体験訓練

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(水の誤飲、脚への負担、圧力変化による痛みなど)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 : 年 月 日 ～ 年 月 日

日 付 : 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7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、7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： _____

新型コロナウイルス感染拡大予防についてお願い

ニッスイマリン工業株式会社

日本サバイバルトレーニングセンター

受講者各位

1. 参加申し込みの際に感染拡大の防止のため以下の事項の遵守をお願いいたします。

なお、これらを遵守できない受講者には他の受講者の安全を確保する等の観点から、研修への参加を取り消したり、途中退場を求めたりする場合があります。

① 次の項目に該当する場合は、自主的に受講を見合わせる事。

ア 体調がよくない場合（例：発熱、咳、咽頭痛などの症状がある場合）

イ 同居家族や身近な知人などに感染が疑われる方がいる場合

ウ 過去 14 日以内に政府から入国制限、入国後の観察機関を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

② マスクを持参すること（受付時、講義、着替え時等の潜水訓練等を行っていない際や会話をする際にはマスクを着用すること）。

③ マイタオルを持参し、こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること。

④ 他の受講者、スタッフ等の距離をできるだけ 2 m を確保すること。

⑤ 潜水訓練中に大きな声で会話等をしないこと。

⑥ 感染防止のために決めた事項その他の措置の遵守、指示に従うこと。

⑦ 潜水技術研修終了後 2 週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、訓練責任者に対し速やかに濃厚接触者の有無等について報告すること。

⑧ 関係施設以外への立入りをしないこと。

⑨ 公共交通機関利用に際し、マスクを着用し会話は控えること。

2. 健康管理チェックシートの記入及び提出のお願い。**【提出は横須賀開催のみ】**

チェックシートは受講初日 2 週間前、1 週間前、受講期間中となっています。

2 週間前、1 週間前のシートは当日受付時に回収し、期間中のシートは毎朝確認します。

※ ご記入いただいた内容について海洋研究開発機構担当者の閲覧・提供を求められる場合があります。

また、万が一感染が発生した場合に備え個人情報の取扱に十分注意しながら研修終了後 1 カ月程度保存させていただきます。

3. 海洋研究開発機構（横須賀）で受講される方へのお願い

海洋研究開発機構への入構は、公共交通機関を利用して機構・守衛所前に潜水技術研修受講の方は 08：30、業務管理研修受講の方は 12：30 に集合して頂き、スタッフによる受付後、研修会場に移動します。集合時間の厳守をお願いいたします。

研修当日の連絡先： 潜水研修担当 中山

携帯電話：070-4019-1832

皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

健康管理チェックシート

所属 _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 才

住所 _____ 連絡先(電話番号) _____

毎朝の体温測定結果と症状の有無・行動状況(受講 2 週間前)

体 調 管 理 項 目		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
平熱を越える発熱	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
咳・のどの痛み	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
だるさ(けん怠感)	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
息苦しさ	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
嗅覚・味覚異常	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
体が重く感じる	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
疲れやすい	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
行 動 調 査 項 目	感染症陽性者との濃厚接触	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
	海外渡航等※1	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
	同居家族や知人に感染が疑われる方	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

※1 政府から入国制限、入国後の観察機関を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

毎朝の体温測定結果と症状の有無・行動状況(受講 1 週間前)

体 調 管 理 項 目		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
平熱を越える発熱	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
咳・のどの痛み	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
だるさ(けん怠感)	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
息苦しさ	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
嗅覚・味覚異常	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
体が重く感じる	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
疲れやすい	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
行 動 調 査 項 目	感染症陽性者との濃厚接触	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
	海外渡航等※1	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
	同居家族や知人に感染が疑われる方	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

※1 政府から入国制限、入国後の観察機関を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

感染症に関する訓練受講同意書

私は、感染症に関する下記の受講条件を了承します。

- ① 感染症の蔓延や陽性者の判明、その他やむを得ない理由により、訓練を中止または一部中止することがあります。
- ② 上記①により訓練が中止または一部中止となった場合、未修了の訓練については、後日 NSTC が計画する同訓練の振り替えで受講をします。振り替えの訓練受講ができない場合は、受講料の返金を致します。受講料以外(旅費、宿泊費等)の返金は対象外となります。
- ③ 感染症が疑われる場合（発熱・咳・咽頭痛・味覚障害・風邪症状を発症中および繰り返しの症状があるなど）は、受講をお断りします。
- ④ 受講期間中に体調不良が確認された場合（発熱 37.5℃以上、風邪様症状など）は、訓練の受講をお断りします。

受講訓練名	
受講訓練予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
会社名	
氏名（自署楷書）	

ver.2023.05.08



Nippon Survival Training Center