



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、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。

署名（フルネーム）： _____ 日付： _____

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