



First Name 名前	
Last Name 苗字	
Phone 電話番号	
Email メールアドレス	
Date of Birth (DD/MM/YYYY) 生年月日(日/月/年)	
Address/Contact in Cairns ケアンズでの滞在先	
Emergency Contact (Not onboard) 緊急連絡先(名前)乗船しない方	
Phone (including country and area code) 電話番号	
Email メールアドレス	
Dive/Travel Insurance Company 保険会社名	
Policy/Ref Number 保険証番号	
Certificate Agency ライセンス発行団体	
Certificate Level ライセンスランク	
Maximum Depth Previously Dived 過去のダイビングでの最大水深	
Number of Logged Dives 経験本数	
Date of last dive (DD/MM/YY) 最後にダイビングした日付(日/月/年)	
Have you ever dived at night? ナイトダイビング経験はありますか?	
Have you ever dived without a guide? ガイドなしのバディダイビングの経験はありますか?	
Have you ever dived in currents? 強い流れの中でダイビングした経験はありますか?	
Do you require any rental equipment? レンタル器材は必要ですか? 必要なものに○を付けてください	
BCD <input type="checkbox"/> BCDジャケット Regulator w/computer <input type="checkbox"/> レギュレータ Computer Only <input type="checkbox"/> ダイブコンピュータ Wetsuit <input type="checkbox"/> ウェットスーツ Mask/Snorkel/Fins (inc.) <input type="checkbox"/> マスク、スノーケル Body Size 身長、体重、足のサイズを記入ください。_____	

**MEDICAL STATEMENT:**

If you answered YES to questions 2, 3, or 4 you are required to have a current (less than 12 months) dive medical clearance from a doctor before you can dive. It is important to advise our reservations team at the time of booking. (or ASAP)

メディカルステートメントの質問2、3、4で「はい」と答えた方は、ダイビングを行うために、現在有効な(12ヶ月以内発行)ダイブメディカルが必要です。ご予約の際、または出来る限り早急に、SOFリザーベーションズまでお知らせください。

1: Are you medically & physically fit to dive and /or snorkel?

あなたはダイビング/スノーケリングに適した健康状態にありますか？

2: Have you ever suffered any illness or injury that may affect your ability to dive or snorkel safely?

あなたは今までにダイビングやスノーケリングを安全に行うために影響を及ぼす病気やケガをしたことがありますか？

3: Are you currently suffering or have ever suffered from illness or injury or condition relating to any heart or lung disorder (including COVID19), asthma, epilepsy or insulin-dependent diabetes or any other condition that is contraindicative to diving?

現在、または過去に心臓や肺の病気(COVID19を含む)、喘息、てんかん、インスリン依存性糖尿病、その他ダイビングに禁忌となる病気や怪我、状態になったことがありますか？

4: Are you currently suffering from any illness or injury or condition or taking any prescription medication (other than contraceptives). If YES, please provide details of condition including Prescription Medication(s) Name and Dosage and attach a current dive medical.

現在、病気や怪我、体調不良、処方薬(避妊薬を除く)を服用していますか？「はい」の場合、処方薬の名前と量を含む病状の詳細と、現在のダイビングメディカルを添付してください。

Illness, Injury or Condition Details

病気・怪我・体調の詳細

## DISCHARGE OF LIABILITY

It is a fundamental condition of this contract between 'Spirit of Freedom Pty Ltd', and its directors, employees, agents and independent contractors (collectively and severally referred to as "SOF" on the one part and the name entered below. on the other part, that to the extent permitted by law "SOF" is hereby discharged and indemnified by my/our executor(s), my/our administrator(s) and my/our dependent(s) from any liability for any damage, death or injury whatsoever arising out of, or incidental to, this diving trip and other services provided by "SOF", whether or not such damage or personal injury is caused or contributed to by "SOF". I acknowledge that I will be participating in activities, which are undertaken for the purposes of recreation and involve a significant degree of physical exertion or physical risk. I further acknowledge that I am aware of the risks of injury associated with my participation in this diving trip and agree to voluntarily assume such risk. I further acknowledge that the use of any equipment hired or loaned to me by "SOF" is entirely at my own risk. I shall return any such equipment in good order and shall be financially liable for any breakage, loss or deviations there from.

### 責任免除

Spirit of Freedom Pty Ltd'とその取締役、従業員、代理人、独立した請負業者(集会的に、また連帯して「SOF」と呼ぶ)と下記に記入した名前、との間の本契約の基本条件である。法律で認められている範囲内で、「SOF」は、このダイビング旅行および「SOF」が提供するその他のサービスに起因または付随するいかなる損害、死亡または負傷に対しても、その損害または負傷が「SOF」に起因または寄与しているかどうかにかかわらず、私/私の遺言執行者、私/私の管理人、私/私の扶養家族から免責され補償を受けるものとします。私は、レクリエーション目的で行われ、かなりの肉体的労力と危険を伴う活動に参加することを認めます。さらに、私はこのダイビング旅行への参加に伴う傷害の危険性を認識しており、そのような危険性を自主的に引き受けることに同意します。また、「SOF」から貸与された器材の使用は、すべて自己の責任において行うことを了承します。私はそのような器材を適切に返却し、いかなる破損、損失、逸脱に対しても経済的な責任を負うものとします。

Medically and physically fit to dive - If you answered YES to Medical Statement questions 2, 3, or 4 a current (less than 12 months) Dive Medical will be required to clear you to dive. It is important to advise SOF reservations at the time of booking, (or ASAP). You must not dive on the trip if you feel unwell, have a chest cold or respiratory congestion. Australian dive standards - Australian standards require that you have an Alternate Air Source (Octopus). Dive Computers, Safety Sausage (SMB) & Whistle are compulsory. (Lost, damaged or stolen rental equipment is the responsibility of the Hirer). Travel Insurance is recommended. Nitrox Diving - Nitrox Certification Card must be produced upon boarding. Fills will be at MAXIMUM 32%. Regulators must be compatible for use with nitrox. Package price above for all dives or individual fills may be purchased at \$10 per fill.

Statement of understanding: By adding your name, completing and submitting this form, I acknowledge that I have read, understood and accepted the Discharge of Liability, the Terms & Conditions of Travel outlined in this link, and agree to the Medical Statement.

ダイビングに適した健康状態: メディカルステートメントの質問2、3、4で「はい」と答えた方は、ダイビングを行うために、現在有効な(12ヶ月以内発行)ダイブメディカルが必要です。ご予約の際、または出来る限り早急に、SOFリザーベーションズまでお知らせください。体調がすぐれない場合、風邪をひいている場合、呼吸困難の場合は、ダイビングをしないでください。オーストラリアのダイビング基準 - オーストラリアの基準では、代替空気源(オクトパス)を持つことが義務付けられています。ダイブコンピューター、セーフティーソーセージ(SMB) &ホイッスルは必携です。(レンタル器材の紛失、破損、盗難はお客様の責任となります)。旅行保険の加入をお勧めします。ナイトロックスダイビング - ご乗船の際、ナイトロックス認証カードをご提示ください。ナイトロックス充填量は最大32%です。レギュレーターはナイトロックスに対応したものでなければなりません。上記のパッケージ料金ですべてのダイビングをご利用いただけますが、1回の充填につき10ドルで個々の充填をご購入いただけます。

同意書: このフォームに記入し送信することにより、私は免責事項、このリンクに記載されている旅行条件を読み、理解し、承諾し、メディカルステートメントに同意したことを認めます。

I have read and agree to the terms and conditions; and I acknowledge that the information I have entered above is true and correct\*

私は、規約を読み、同意します。また、上記で入力した情報は真実かつ正確であることを認めます\*。

Signature \_\_\_\_\_ Date: (DD/MM/YY)