講習参加確認書

講習会参加者
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　現在の健康状態

身長（　　）ｃｍ、体重（　　）ｋｇ、血圧（　　／　　）ｍｍＨｇ

2　メディカルチェック　※参加者記入

□はい　□いいえ	心疾患がある（　　）
□はい　□いいえ	呼吸器系の疾患がある（　　）
□はい　□いいえ	高血圧である
□はい　□いいえ	糖尿病である
□はい　□いいえ	てんかんをもっている
□はい　□いいえ	その他持病がある（　　）
□はい　□いいえ	運動制限がある（　　）
□はい　□いいえ	薬を服用している（　　）

3　OMSB水難救助員認定講習会内容

トレーニング,検定を含め、２日間で約３キロメートル程度の水泳訓練を行います。
訓練・検定のため、通常の遊泳より身体に負担がかかります。
泳力検定項目
(1) フリッパー４００メートル
（９分以内、マスク、スノーケル、フィンを使用してのスイム）
(2) ２５メートル平行潜水
(3) 立ち泳ぎ（５分間）
(4) 垂直潜行（水深５メートル）
(5) ５００メートル遠泳（クロール又は平泳ぎ）
(6) フルレスキュー（救助訓練）

4　医師の所見

水難救助員認定講習会に参加することについて　※どちらかに○印をお願いします。

・支障は無いと思われる　　・控えた方が望ましい

医師のコメント　※何かあればお願いします。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿