

# 교육신청서

개인 정보	성명	(한글)	성별	핸드폰	
		(영문)			(여권과 동일)
	생년월일		E-mail		
	주소	※ 우편번호 필수 기재 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
신청 경로					
건강 상태 자가 점검	다음 중 해당하는 사항이 있으면 '○' 하시오.				
	호흡계 질환		혈관계 질환		내분비계 질환
	심장계 질환		치주계 질환		이비인후계 질환
	척추계 질환		소화계 질환		골격계 질환
	피부계 질환		신경계 질환		면역계 질환
	정신계 질환		근육계 질환		희귀성 질환
	위에 해당하는 사항으로 현재 치료를 받고 있다면 상세히 기록하십시오.				
그 밖에 다른 질환이 있으면 기록하십시오.					
신청 종목 및 등급	수중과학잠수사	잠수원 <input type="checkbox"/>	강사 <input type="checkbox"/>	수중과학기술잠수사	잠수원 <input type="checkbox"/>
					강사 <input type="checkbox"/>
	수중환경보호잠수사	잠수원 <input type="checkbox"/>	강사 <input type="checkbox"/>	밀폐환경구조잠수사	잠수원 <input type="checkbox"/>
					강사 <input type="checkbox"/>
	수중동물구조잠수사	잠수원 <input type="checkbox"/>	강사 <input type="checkbox"/>	위험물질잠수사	잠수원 <input type="checkbox"/>
					강사 <input type="checkbox"/>
	수중조사장비운영자	운영자 <input type="checkbox"/>		재압실운영자	운영자 <input type="checkbox"/>
	아쿠아리스트잠수사	1급 <input type="checkbox"/>		잠수사	초급 <input type="checkbox"/>
		2급 <input type="checkbox"/>			중급 <input type="checkbox"/>
		강사 <input type="checkbox"/>			상급 <input type="checkbox"/>
	기타				강사 <input type="checkbox"/>
지도자 코드	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
본인은 신청 종목의 교육과정에 관련된 잠재적 위험성에 대하여 충분히 알고 있으며, 진행 중 강사의 지시에 따를 것입니다. 또한 이 과정 중에 본인에게 생길 수 있는 모든 물질적 또는 신체적 손해에 대한 책임을 일체 본인이 질 것을 서약합니다.					
본인의 책임과 의무 사항에 대하여 충분히 인지하였으며 본 교육과정을 신청합니다.					
년      월      일					
수중환경과학협의회 귀하			신청자 :		(인)