



## 장학생 강사 과정 지원서

|          |                                                                                                                                                                               |                            |         |     |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|-----|--|
| 한글 성명    |                                                                                                                                                                               |                            |         | 사 진 |  |
| 영문 성명    |                                                                                                                                                                               |                            |         |     |  |
| 성별       | <input type="checkbox"/> 남                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 여 |         |     |  |
| 주민등록번호   | 추후 합격자에 한하여 필요(단체 보험용)                                                                                                                                                        |                            |         |     |  |
| 주소       |                                                                                                                                                                               |                            |         |     |  |
| 우편번호     |                                                                                                                                                                               |                            |         |     |  |
| 휴대전화     | - -                                                                                                                                                                           |                            |         |     |  |
| 이메일      | @                                                                                                                                                                             |                            |         |     |  |
| 유선전화     |                                                                                                                                                                               |                            |         |     |  |
| 대학(교)명   |                                                                                                                                                                               | 전공                         |         | 학년  |  |
| 소속동아리 명  |                                                                                                                                                                               |                            | 동아리웹사이트 |     |  |
| 신장       | cm                                                                                                                                                                            |                            | 체중      | kg  |  |
| 혈액형      | 형                                                                                                                                                                             |                            | 다이빙 로그  | 회   |  |
| 보호자 성명   |                                                                                                                                                                               |                            | 관계      |     |  |
| 보호자 휴대전화 |                                                                                                                                                                               |                            | 보호자 전화  |     |  |
| 지원동기     | <input type="checkbox"/> 웹서핑 <input type="checkbox"/> 우편홍보물 <input type="checkbox"/> 잡지 <input type="checkbox"/> 친구/선후배소개 <input type="checkbox"/> 기타:_____                   |                            |         |     |  |
| 졸업 후 진로  | <input type="checkbox"/> 취업 <input type="checkbox"/> 편입(일반 및 학사) <input type="checkbox"/> 대학원진학 <input type="checkbox"/> 유학                                                   |                            |         |     |  |
| 병역 여부    | <input type="checkbox"/> 미필 <input type="checkbox"/> 군필 <input type="checkbox"/> 면제 <input type="checkbox"/> 기타_____                                                          |                            |         |     |  |
| 어학능력     | <input type="checkbox"/> TOEIC( ) <input type="checkbox"/> TOFEL( ) <input type="checkbox"/> 기타:_____                                                                         |                            |         |     |  |
| 컴퓨터활용능력  | <input type="checkbox"/> OA종류1_____ (상/중/하)<br><input type="checkbox"/> OA종류2_____ (상/중/하)<br><input type="checkbox"/> OA종류3_____ (상/중/하)<br><input type="checkbox"/> 기타_____ |                            |         |     |  |

본인은 SDI/TDI KOREA의 장학생과정에 입학하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다.

지원자 :

년 월 일

| 다이빙 경력(상세 기록) |  |  |
|---------------|--|--|
|               |  |  |

위 사항을 증명할 수 있는 관련자 성명 및 연락처

1. 성명 \_\_\_\_\_ 직책 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_
2. 성명 \_\_\_\_\_ 직책 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_
3. 성명 \_\_\_\_\_ 직책 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

## 다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 참가자

레크리에이션 스쿠버 다이빙과 프리다이빙은 좋은 육체적, 정신적 건강을 요구한다. 다이빙하는 동안 위험할 수 있는 몇 가지 건강 상태가 아래 열거되어 있다. 이러한 조건 중 어느 것이든 가지고 있거나 그러한 경향이 있는 사람은 의사가 평가해야 한다. 이 참가자용 다이버 건강 질의서는 강사가 해당 평가를 수행해야 하는지 여부를 판단할 수 있는 근거를 제공한다. 이 양식에 나와 있지 않은 다이빙 적합성에 대한 우려가 있는 경우, 다이빙 전에 의사와 상의한다. 만약 본인이 아프다면, 다이빙을 피한다. 전염될 수 있는 질병을 가지고 있을 수 있다면, 다이빙 교육 및/또는 다이빙 활동에 참여하지 않음으로써 본인과 다른 사람을 보호해야 한다. 이 양식의 "다이빙"에 대한 언급은 레크리에이션 스쿠버 다이빙과 프리다이빙을 포함한다. 이 양식은 주로 새로운 다이버들의 초기 건강 상태 점검창으로 설계되었으나, 지속적인 교육을 받는 다이버들에게도 적합하다. 여러분의 안전을 위해서, 그리고 여러분과 함께 다이빙할 수 있는 다른 사람들의 안전을 위해서, 모든 질문에 정직하게 대답해야 한다.

### 주의사항

레크리에이션 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙 과정의 사전 조건으로 이 질의서를 작성한다.

여성을 위한 주의 사항: 임신 중이거나 임신을 시도 중이라면 다이빙하지 않는다.

|                                                                                                                             |                                     |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 1. 폐/호흡, 심장, 혈액에 문제가 있거나 코로나19 진단을 받은 적이 있다.                                                                                | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 A로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 2. 만 45세 이상                                                                                                                 | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 B로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 3. 적당한 운동(예를 들어, 1.6km를 14분만에 걸거나 200m를 쉬지 않고 수영하는 것)을 하기 위해 너무 힘이 들거나, 지난 12개월 동안 체력이나 건강상의 이유로 정상적인 신체 활동에 참여하지 못한 적이 있다. | 예 <input type="checkbox"/> *        | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 4. 눈, 귀, 코/부비동(Sinus)에 문제가 생긴 적이 있다.                                                                                        | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 C로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 5. 지난 12개월내에 수술을 받았거나, 과거 수술과 관련하여 진행 중인 문제가 있다.                                                                            | 예 <input type="checkbox"/> *        | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 6. 나는 의식을 잃은 적이 있거나, 편두통, 발작, 뇌졸중, 심각한 머리 부상 또는 만성 신경성 질환을 앓고 있다.                                                           | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 D로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 7. 현재 치료를 받고 있거나(또는 최근 5년 이내에 치료를 요하는) 심리적인 문제, 인격 장애, 공황 발작 또는 약물이나 알코올 중독 또는 학습 장애 진단을 가지고 있다.                            | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 E로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 8. 허리 질환, 탈장, 궤양, 당뇨병이 있거나 있었다.                                                                                             | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 F로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 9. 설사를 포함한 위나 장의 문제가 있었다.                                                                                                   | 예 <input type="checkbox"/><br>미의 G로 | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 10. 처방약(메플로퀸(Mefloquine)/라리암(Lariam) 이외의 피임약이나 말라리아 예방약 제외)을 복용하고 있다.                                                       | 예 <input type="checkbox"/> *        | 아니오 <input type="checkbox"/> |

### 참가자 서명

만약 위의 10개의 질문에 '아니오' 라고 대답했다면, 의사의 건강 평가는 필요하지 않다. 아래 참가자 진술을 잘 읽고 서명과 날짜를 적어 동의하시오.

**참가자 진술:** 나는 모든 질문에 정직하게 대답했으며, 내가 부정확하게 대답했거나 밝히지 않은 현재 또는 과거의 건강 상태로 인하여 발생하는 모든 결과에 대해 책임이 있다는 것을 이해한다.

|                                        |             |
|----------------------------------------|-------------|
| _____                                  | _____       |
| 참가자 서명 (만약 참가자가 미성년자라면 법적 보호인의 이름과 서명) | 날짜 (년/월/일)  |
| _____                                  | _____       |
| 참가자 이름 (정자체)                           | 생일 (년/월/일)  |
| _____                                  | _____       |
| 강사 이름 (정자체)                            | 센터 이름 (정자체) |

\* 만약 3, 5, 10번 문항 또는 2 페이지의 문항에 '예' 라고 대답했다면, 위의 참가자 진술을 잘 읽고 서명과 날짜를 적어 동의한 후 이 양식의 세 페이지 (의사의 건강 평가 양식 포함) 모두를 의사에게 가져가 건강 평가를 받으시오. 다이빙 과정에 참여하려면 의사의 동의가 필요하다.

다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 참가자 2페이지

A

다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?

|                                                                |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 흉부 수술, 심장 수술, 심장 판막 수술, 스텐트, 기흉 등                              | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 천식, 혈떡거림, 심한 알레르기, 건조열 또는 지난 12개월 내 기도 막힘으로 신체 활동/운동이 제한       | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 심장과 관련된 문제나 질병: 협심증, 가슴 통증, 심부전, 폐부종, 심장마비 또는 심장 건강과 관련된 약물 복용 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 만성 기관지염과 12개월 이내에 기침 증상 또는 폐기종 진단을 받음                          | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 코로나 19 진단                                                      | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

B

만 45세 이상이며:

|                                                                                                            |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 나는 담배를 피우거나 다른 방법으로 니코틴을 흡입한다.                                                                             | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 나는 콜레스테롤 수치가 높다.                                                                                           | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 나는 고혈압이 있다.                                                                                                | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 나는 50세 이전에 갑자기 죽거나 심장병 또는 심근경색(Stroke)으로 죽은 가까운 친척이 있다. 또는 50세 이전에 심장병 가족력이 있다. (이상 심장박동, 관상동맥 질환 또는 심장병력) | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

C

다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?

|                                 |                              |                              |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 지난 6개월 내에 부비동 수술을 받은 적이 있다.     | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 귀에 질환 또는 수술, 청각 상실 또는 균형 이상의 문제 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 12개월 내에 만성 부비동염                 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 3개월 내에 눈 수술                     | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

D

다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?

|                                         |                              |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 지난 5년 내에 머리 부상으로 인한 의식 상실               | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 만성 신경성 질환 또는 부상                         | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 12개월 내에 만성 편두통, 또는 이를 예방하기 위해 약을 복용     | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 5년 내에 의식 상실 또는 현기증 (전체적인 또는 부분적인 의식 상실) | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 간질, 발작 또는 경련 또는 이를 예방하기 위해 약을 복용        | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

E

다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?

|                                                     |                              |                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 의료적/정신과적 치료가 필요한 행동 건강, 정신적 또는 심리적 문제               | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 우울증, 자살 충동, 공황 발작, 통제되지 않는 조울증 등 약물/정신과적 치료가 필요한 문제 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 정신 건강 또는 지속적인 관리가 필요한 학습/발달 장애 진단을 받음               | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 5년 내에 치료가 필요한 약물 또는 알코올 중독                          | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

F

다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?

|                                           |                              |                              |
|-------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 6개월 내에 일상 활동이 제한될 만성 허리 질환                | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 12개월 내에 허리 또는 척추 수술                       | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 12개월 내에 인슐린 또는 식단 조절로 관리 가능한 당뇨 또는 임신 당뇨병 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 신체적 능력을 제한하며 치료되지 않는 탈장                   | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 지난 6개월 내에 치료되지 않는 궤양, 문제 상처 또는 궤양 수술      | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

G

다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?

|                                                                       |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 인공 항문 성형술(Ostomy surgery)을 받은 사람으로 수영 또는 물리적 활동에 참가할 수 있다는 의료 증명서가 없음 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 7일 내에 의학적 치료가 필요한 탈수증                                                 | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 6개월 내에 치료되지 않는 위 또는 장의 궤양 또는 궤양 수술                                    | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 잦은 속쓰림, 역류, 또는 위 식도 역류성 질환(GERD).                                     | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 통제 안 되는 궤양성 대장염 또는 크론병(Crohn's disease)                               | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 12개월 내의 비만 대사 수술                                                      | 예 <input type="checkbox"/> * | 아니오 <input type="checkbox"/> |

# 다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 의사 평가 양식

참가자 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_  
(정자체) 날짜 (년/월/일)

위 사람은 레크리에이션 스쿠버 다이빙이나 프리다이빙 훈련 또는 활동에 참여할 수 있는 의학적 적합성에 대해 의사의 의견을 요청합니다. [uhms.org](http://uhms.org) 방문하여 다이빙과 관련된 의학적인 지침을 참조하시기 바랍니다. 평가하는 환자와 관련된 영역을 검토하세요.

## 평가 결과

- ☐ 동의 - 레크리에이션 스쿠버 다이빙이나 프리다이빙에 부적합한 상태를 발견할 수 없습니다.
- ☐ 동의하지 않음 - 레크리에이션 스쿠버 다이빙이나 프리다이빙에 부적합한 상태를 발견하였습니다.

\_\_\_\_\_  
의사 서명 날짜 (년/월/일)

의사 이름 \_\_\_\_\_ 전문병과 \_\_\_\_\_  
(정자체)

병원 이름 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_

병원 도장 (선택 사항)

다이버 의료 검진 위원회([Diver Medical Screen Committee](http://Diver Medical Screen Committee))에서 다음의 기관들과  
공동으로 제작: The Undersea & Hyperbaric Medical Society  
DAN (US)  
DAN Europe  
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

## 서류 작성 요령

1. SDI.TDI 장학생 강사 과정 지원서(1면과 2면)를 작성한 뒤 이메일에 첨부하여 hq@tdisdi.co.kr로 마감일 전까지 접수해야 합니다.
2. 다이빙 경력은 다이빙을 배운 시점부터 현재까지 다이빙과 관련된 사항을 차례로 기록하세요. (예: 2017년 3월 000강사님에게 오픈워터 다이버 자격증 취득, 2018년 5월 000 강사님에게 어드밴스드 다이버 자격증 취득, 2018년 12월 20일-27일 제주 서귀포 지역 팀 원정 참가, 2019년 7월 15일- 8월 15일까지 제주 000리조트에서 가이드 역할 담당... 등)
3. 졸업생, 대학원생은 해당 없음.

## 과정 신청 첨부 서류

1. 재학증명서
2. 성적증명서
3. 국제공인 다이빙 교육기관의 오픈워터, 어드밴스, 레스큐, 다이브마스터 라이선스 사본(또는 취득예정 증명)
4. 국제 공인기관의 CPR, 응급처치(First Aid), 산소처치 (Oxygen Administration) 라이선스 사본(유효기간 확인) - 라이선스가 없는 경우 장학생 강사 과정 중 교육/취득할 수 있습니다.(비용 별도)

## 교육 참가시 첨부 서류

1. 다이빙 건강 질의서-참가자를 자신이 직접 기록하고 다이버 건강 질의서-의사 평가 양식은 전문의에게 의뢰하여 진단을 받은 뒤 전문의의 서명을 받은 후, 교육 과정 참가 첫날에 제출해야 합니다.

## 주의사항

1. 기록 및 첨부 서류가 조작 또는 허위로 밝혀질 경우 강사 자격을 영구히 박탈하며 타 기관에 허위 사실을 공지함.
2. 제출한 서류는 일체 반환되지 않음.
3. 과정 참가자는 30명 예정
4. 과정 중 성적 부진 및 평가 미달자는 불합격 조치되며 일체 이의를 제기할 수 없음.
5. 다이빙과 관련된 경력을 증명할 수 있는 관련자는 다이빙 강사, 리조트 운영자 및 가이드, 지도 교수, 다이빙 동아리 팀장 등이 될 수 있음.