장학생 프리다이버 과정 지원서

한글 성명				사 진	
영문 성명					
성별	□ 남	□ 여			
주민등록번호	-				
주소					
우편번호					
휴대전화	- -				
이메일	@				
유선전화					
대학(교)명		전공		학년	
소속동아리 명			동아리웹사이트		
신장	cm		체중	kg	
혈액형	형		SNS (Insta, blog 등)		
보호자 성명			관계		
보호자 휴대전화			보호자 전화		
지원동기	□웹서핑 □우편홍보물 □잡지 □친구/선후배소개 □기타:_____				
졸업 후 진로	□취업 □편입(일반 및 학사) □대학원진학 □유학				
병역 여부	□미필 □군필 □면제 □기타_____				
어학능력	□TOEIC( ) □TOFEL( ) □기타:_____				
컴퓨터활용능력	□ OA종류1_____(상/중/하) □ OA종류2_____(상/중/하) □ OA종류3_____(상/중/하) □ 기타_____				

PFI KOREA의 장학생 프리다이버 과정에 참가하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다.

지원자 : 년 월 일

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 보호해야한다. 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 □ *밑의 A로*	아니오 □
2. 만 45세 이상	예 □ *밑의 B로*	아니오 □
3. 적당한 운동(예를 들어, 1.6km를 14분만에 걷거나 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 □*	아니오 □
4. 눈, 귀, 코/부비동(Sinus)에 문제가 생긴 적이 있다.	예 □ *밑의 C로*	아니오 □
5. 지난 12개월내에 수술을 받았거나, 과거 수술과 관련하여 진행 중인 문제가 있다.	예 □*	아니오 □
6. 나는 의식을 잃은 적이 있거나, 편두통, 발작, 뇌졸중, 심각한 머리 부상 또는 만성 신경성 질환을 앓고 있다.	예 □ *밑의 D로*	아니오 □
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 □ *밑의 E로*	아니오 □
8. 허리 질환, 탈장, 궤양, 당뇨병이 있거나 있었다.	예 □ *밑의 F로*	아니오 □
9. 설사를 포함한 위나 장의 문제가 있었다.	예 □ *밑의 G로*	아니오 □
10. 처방약(메플로킨(Mefloquine)/라리암(Lariam) 이외의 피임약이나 말라리아 예방약 제외)을 복용하고 있다.	예 □*	아니오 □

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.

참가자 이름_____ **생일** _____

(정자체) 날짜 (년/월/일)

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 ☐*	아니오 ☐
천식, 헐떡거림, 심한 알레르기, 건초열 또는 지난 12개월 내 기도 막힘으로 신체 활동/운동이 제한	예 ☐*	아니오 ☐
심장과 관련된 문제나 질병: 협심증, 가슴 통증, 심부전, 폐부종, 심장마비 또는 심장 건강과 관련된 약물 복용	예 ☐*	아니오 ☐
만성 기관지염과 12개월 이내에 기침 증상 또는 폐기종 진단을 받음	예 ☐*	아니오 ☐
코로나 19 진단	예 ☐*	아니오 ☐
B 만 45세 이상이며:		
나는 담배를 피우거나 다른 방법으로 니코틴을 흡입한다.	예 ☐*	아니오 ☐
나는 콜레스테롤 수치가 높다.	예 ☐*	아니오 ☐
나는 고혈압이 있다.	예 ☐*	아니오 ☐
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 ☐*	아니오 ☐
C 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
지난 6개월 내에 부비동 수술을 받은 적이 있다.	예 ☐*	아니오 ☐
귀에 질환 또는 수술, 청각 상실 또는 균형 이상의 문제	예 ☐*	아니오 ☐
12개월 내에 만성 부비동염	예 ☐*	아니오 ☐
3개월 내에 눈 수술	예 ☐*	아니오 ☐
D 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
지난 5년 내에 머리 부상으로 인한 의식 상실	예 ☐*	아니오 ☐
만성 신경성 질환 또는 부상	예 ☐*	아니오 ☐
12개월 내에 만성 편두통, 또는 이를 예방하기 위해 약을 복용	예 ☐*	아니오 ☐
5년 내에 의식 상실 또는 현기증 (전체적인 또는 부분적인 의식 상실)	예 ☐*	아니오 ☐
간질, 발작 또는 경련 또는 이를 예방하기 위해 약을 복용	예 ☐*	아니오 ☐
E 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
의료적/정신과적 치료가 필요한 행동 건강, 정신적 또는 심리적 문제	예 ☐*	아니오 ☐
우울증, 자살 충동, 공황 발작, 통제되지 않는 조울증 등 약물/정신과적 치료가 필요한 문제	예 ☐*	아니오 ☐
정신 건강 또는 지속적인 관리가 필요한 학습/발달 장애 진단을 받음	예 ☐*	아니오 ☐
5년 내에 치료가 필요한 약물 또는 알코올 중독	예 ☐*	아니오 ☐
F 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
6개월 내에 일상 활동이 제한될 만성 허리 질환	예 ☐*	아니오 ☐
12개월 내에 허리 또는 척추 수술	예 ☐*	아니오 ☐
12개월 내에 인슐린 또는 식단 조절로 관리 가능한 당뇨 또는 임신 당뇨병	예 ☐*	아니오 ☐
신체적 능력을 제한하며 치료되지 않는 탈장	예 ☐*	아니오 ☐
지난 6개월 내에 치료되지 않는 궤양, 문제 상처 또는 궤양 수술	예 ☐*	아니오 ☐
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 ☐*	아니오 ☐
7일 내에 의학적 치료가 필요한 탈수증	예 ☐*	아니오 ☐
6개월 내에 치료되지 않는 위 또는 장의 궤양 또는 궤양 수술	예 ☐*	아니오 ☐
잦은 속쓰림, 역류, 또는 위 식도 역류성 질환(GERD).	예 ☐*	아니오 ☐
통제 안 되는 궤양성 대장염 또는 크론병(Crohn's disease)	예 ☐*	아니오 ☐
12개월 내의 비만 대사 수술	예 ☐*	아니오 ☐

*의사의 건강 평가가 필요함 (I 페이지 참조).

다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 의사 평가양식

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 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)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. PFI 장학생 프리다이버 과정 지원서를 작성한 뒤 이메일에 첨부하여 jo@tdisdi.co.kr 로 마감일 전까지 접수해야 함.
2. 졸업생, 대학원생은 해당 없음.

과정 신청 첨부 서류

1. 재학증명서
2. 성적증명서

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 자격을 박탈함
2. 제출한 서류는 일체 반환되지 않음.
3. 과정 중 성적 부진 및 평가 미달자는 불합격 조치되며 일체 이의를 제기할 수 없음.