

お客様 カード

御記入日【 年 月 日】

氏名(漢字)		
氏名(ローマ字)		
生年月日	年	月 日(西暦)
年齢	歳	
郵便番号	〒	
現住所	(都・道・府・県)	市
電話番号	☎	()
緊急連絡先	同 上/	
	【 】様	
緊急電話番号	☎	()
ご職業		
Eメールアドレス	@	
食べ物アレルギー		
GOODダイブショップにいらっしゃった回数 初めて/【 】回目		
その他御希望など:		

■確認スタッフ【 】 チェック