

# 教室受講申請書

受講申込新規  受講申込継続

登録情報訂正  登録情報抹消

申請日：平成 年 月 日

プライバシーポリシーに同意し、傷害見舞金給付制度の概要を確認の上、下記のとおり申請します。

※受講者カードをお持ちの方は太枠内と裏面にのみ記載してください。

教室名	第 期 ( ) 教室番号	
受講者番号	受講者カード No.	
フリガナ	性別	
お名前	(姓) (名)	男性・女性
生年月日	年 月 日 ( )歳・( )年生	

※受講者カードをお持ちでない方、及び住所・電話番号等に変更がある方は下記の事項も記載してください。

ご住所	□□□□□□□□	
	市 (区・町)	
電話番号	ご自宅:	— —
	携帯電話:	— —
保護者のお名前 (フリガナ)	※中学生以下の方が受講される場合、記載願います。 (姓) (名)	
緊急連絡先	お名前	(姓) (名) (続柄)
	電話番号	— —
免除区分	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身体(部位: )・精神 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> なし	

	受付	出席簿	納入	入力	備考
<input type="checkbox"/> 申込					
<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> キャンセル	受付	出席簿	返金	入力	備考

H30.02.16改

# アンケート ※新規申請の方のみ

Q お申込みのきっかけとなった広報媒体を教えてください。  マークを付けてください

- E1  財団ホームページ E2  知人から紹介 E3  広報さっぽろ E4  新聞折込チラシ  
E5  利用時間割 E6  募集要項 E7  館内ポスター E8  ふりっぱー  
E9  その他 ( )

## 健康チェック票

教室の安全な運営のために、受講に先立ち、健康チェックを実施しております。ご協力をお願いいたします。

\*以下の項目で、あてはまる箇所に  マークを付けてください\*

- Q1  心筋梗塞、脳梗塞、脳出血を最近6ヶ月以内に起こした。  
Q2  運動で起きる狭心症（運動時胸部圧迫感）、または重症心不全（運動時息切れ）、運動時で悪化する不整脈（動悸、圧迫感、不快感）がある、脚が痛くて歩けなくなる、めまいが強い。  
Q3  日常的に、上の血圧180mmHg以上、または下の血圧105mmHg以上である。  
Q4  運動に支障のある関節痛、または関節炎、腰痛、しびれ、麻痺がある。

-1  上記項目で、あてはまる箇所はあるが、運動することについて、医師の承諾を得ている。

Q5 -2  上記項目で、あてはまる箇所があり、医師の承諾を得ていない。

医師の承諾を得ていない方は受講をお控えいただくか、教室受講について医師にご相談の上、ご参加ください。

※職員記入欄 Q5-2にチェックがあった場合： -3  医師の確認

- Q6  糖尿病合併症（網膜症、腎機能低下）がある。  
Q7  心疾患、不整脈の治療を受けている。  
Q8  空腹時血糖が250mg/dl以上、または運動中か運動後に低血糖になった経験がある。  
Q9  慢性の肺疾患がある。  
Q10  処方薬を服用、またはインスリン注射をしている。該当するものに○をつけてください。

【 血圧 ・ コレステロール ・ 心臓 ・ 脳 ・ 肺 ・ 糖尿病 】

\*心臓、脳の薬を服用の方⇒ ・いつ頃から服薬されていますか？ 頃

・医師からの運動許可はありますか？ ある ・ ない ・ わからない

病名	
症状	

Q11  上記項目で(記入欄含む)で、あてはまる箇所がない。

≪その他お知らせ欄≫

※電話申込み、または中学生以下の保護者の方

教室受講申請に際し、(一財) さっぽろ健康スポーツ財団が定めるプライバシーポリシーに同意し、傷害見舞金給付制度の概要を確認の上、申請します。

平成 年 月 日

氏 名