

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	教室番号				
	第	期	()	
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	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				

H30.04.26改	<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> キャンセル	受付	出席簿	納入	入力	備考
		受付	出席簿	返金	入力	備考

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 さっぽろ (アプリ) / 地デジ 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 「札幌市からのお知らせ」冊子 E10 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