

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		

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

H29.02.01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 TON×TON (トントン)
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の上、申請します。

平成 年 月 日

氏 名