

# 健康づくり教室申込書

教室名		( )曜日	引換券NO.
フリガナ	性別	生年月日	
氏名	男・女 その他( ) 回答しない	年 月 日	NO.
フリガナ	性別	生年月日	
氏名	男・女 その他( ) 回答しない	年 月 日	登録番号
住所	〒		
	電話( )	携帯( )	
学校名	年生	(幼稚園・保育園のみ)	
幼稚園・保育園名		年長・年中・年少	
緊急連絡先	(必ず本人以外の連絡先を記入してください。)		
	携帯 ( )	-	
	電話 ( )	-	連絡者氏名
本年度災害補償制度 加入教室一覧表 (各項目の該当する枠に チェックを入れてください。)	①今年度、新規で加入する。		②今年度、すでに加入済
	<input type="checkbox"/> はい	教室	曜日
	③ ②でお答えの方、加入された施設は、どちらになりますか？		
<input type="checkbox"/> 中央体育館 <input type="checkbox"/> 大庄体育館 <input type="checkbox"/> 武庫体育館 <input type="checkbox"/> 屋内プール <input type="checkbox"/> スポーツクラブウッドィ <input type="checkbox"/> 小田体育館 <input type="checkbox"/> 立花体育館 <input type="checkbox"/> 園田体育館 <input type="checkbox"/> 総合体育館			
<h2>健康状態について</h2>			
はい・いいえのどちらかに、レ印を入れてください。			
1. 現在次のような症状がありますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
腰痛・関節痛・神経痛・肩こり・その他( )			
2. 今までに医師から次の指摘を受けたことがありますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
貧血・高血圧・糖尿病・心臓病・脳血管障害・その他( )			
3. 現在治療中(過去を含めて)病気・ケガがある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方のみ、お答えください。			
傷病名( )			
上記の症状で医師から運動許可は出ていますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
病院名( )		☎ ( )	-
4. 何か伝えておきたいことがあればご記入してください。 ( )			
<h2>誓約書</h2>			
上記のとおり相違なく、自己の責任において、健康状態を管理するとともに、良好な健康状態で教室に参加することを誓約します。また、私は尼崎市が条例に定める暴力団に該当せず、諸規則に従うことを誓約し、申込みいたします。			
年 月 日	本人又は保護者		
<small>(中学生以下は保護者のサインが必要です)</small>			

お申込みのきっかけになったものを次の中からお選びください。

1. 知人の紹介 2. 体育館設置チラシ 3. ポスティングチラシ 4. 市報 5. ホームページ 6. 無料体験に参加して  
7. その他( )

受講料	災害補償制度運営費	合計	受付	入金・入金処理	会員情報処理	カード発行	受領印
円	円	円					

※記載内容は、当事業団の個人情報の保護に関する法律に基づき公表事項により、適切に管理いたします。