

健康増進ルーム利用申請書(更新用)

提出年月日 令和 年 月 日

登録番号										
フリガナ										
氏名										
性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日 (M・T・S・H)			年		月		日
電話番号	()		血液型	<input type="checkbox"/> A型	<input type="checkbox"/> O型	<input type="checkbox"/> B型	<input type="checkbox"/> AB型			
住所	〒 -									
緊急の 連絡先	名称									
	電話番号	()								

①利用種別(以下から1つ選択して下さい)

- 市内在住
- 市内在勤 (会社名・住所)
- 市内在学 (学校名・住所)
- * 身分証明書・在勤・在学証明書の提示をお願いします。

②職業(以下から1つ選択して下さい)

- 勤め人 学生 その他()

③既往歴(以下から該当するものを選択して下さい)

- 脳卒中 狭心症・心筋梗塞 喘息 高血圧 糖尿病 脱臼(肩・膝)
- 肝臓病 腎臓病 貧血 胃腸病 腰痛 膝痛 その他

* 該当する場合は記入願います。

主治医の 連絡先	病院名			
	電話番号	()	担当医氏名	

----- 確 認 事 項 -----

以下の内容をお読みになり、同意いただける場合にはサインをお願いします。同意いただけない場合は、健康増進ルームをご利用いただけません。

○運動を実施するにあたり、健康に不安のある方は必ず医師(主治医等)の指示を受けてからご利用ください。

○指導員が安全の確保が困難であると判断した場合は利用をお断りすることがあります。(感染防止のために依頼する事項が守られない場合や血圧が高い(140/90mmHg以上)など運動の実施が不相当と考えられる場合)

○入館時および退館時は必ずコンディション入力をお願いします。感染者が発生した場合、入退館情報を保健所へ提供します。

私は上記内容に同意し、傷病や事故等に注意し、自己の責任において利用します。

(サイン)
