

# 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：令和 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	<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"/> 障害児通所支援受給者証 <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	受付	出席簿	返金	入力	備考
<input type="checkbox"/> キャンセル					

2020.04.01改

# アンケート ※新規申請の方のみ

Q 1 お申込みに繋がった広報媒体を教えてください。(該当するもの全てにチェックを入れてください)

- E1□ 協会ホームページ E2□ 知人から紹介 E3□ iさっぽろ(アプリ)/地デジ E4□ 新聞折込  
E5□ 利用時間割 E6□ 館内情報 E7□ KIDS DO(幼稚園配布情報紙) E8□ ふりっぱー  
E9□ スポチル(小学校配布情報紙) E10□ その他( )

Q 2 この教室を選んだ理由を教えてください。(該当するもの全てにチェックを入れてください)

- E1□ 継続受講 E2□ 過去受講 E3□ 場所 E4□ 曜日 E5□ 時間 E6□ 料金 E7□ 内容  
E8□ 指導員 E9□ 公共施設だから 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※

- Q 1  心筋梗塞、脳梗塞、脳出血を最近6ヶ月以内に起こした。  
Q 2  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。  
Q 3  日常的に、上の血圧180mmHg以上、または下の血圧105mmHg以上である。  
Q 4  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。

Q 5 -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

- Q 6  糖尿病合併症(網膜症、腎機能低下)がある。  
Q 7  心疾患、不整脈の治療を受けている。  
Q 8  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。  
Q 9  慢性の肺疾患がある。  
Q 10  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	

Q 11  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)札幌市スポーツ協会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。

令和 年 月 日

氏 名