

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うえ、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"/>							
	市 (区・町)							
電話番号	ご自宅： — —							
	携帯電話： — —							
保護者のお名前	※中学生以下の方が受講される場合、記載願います。							
	フリガナ							
	(姓)	(名)						
緊急連絡先	お名前	フリガナ						(続柄)
		(姓)	(名)					
	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							

<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

2021.2.25改

アンケート

(当協会の教室を初めて受講される方へお聞きいたします。)

Q 1 この教室を初めてお知りになったきっかけを教えてください。(該当するものどれか 1 つ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 ふりっぱー E8 学校配布チラシ E9 DM
E10 町内会など

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 場所 E2 曜日・時間 E3 料金 E4 内容 E5 指導員 E6 公共施設だから
E7 その他 ()

健康チェック票

教室の安全な運営のため受講に先立ち、健康チェックを実施しております。正確に記入してください。

* 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、心筋症、心臓弁膜症、脳梗塞、脳出血、動脈瘤と診断されたことがある。
Q 2 普段の血圧が収縮期180mmHg(または拡張期110mmHg)以上、または、空腹時血糖が250mg/dl以上である。
Q 3 糖尿病合併症(網膜症、腎症)がある。または、末期腎不全(透析中を含む)と診断されている。
Q 4 運動に支障のある関節痛、または関節炎、腰痛、下肢痛、しびれ、麻痺がある。
Q 5 運動によって胸痛や胸部圧迫感、強い息切れや動悸、めまいが生じる。
Q 6 運動により悪化する病気や症状を自覚している。または、医師から運動を控えるように言われている。

-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。

-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。

Q 7 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うえ、ご参加ください。

※職員記入欄 Q7-2にチェックがあった場合： -3 医師の確認

Q 8 心臓疾患(狭心症、不整脈、心不全など)、高血圧のため治療中である。

Q 9 呼吸器疾患(喘息や肺気腫など)のため治療中である。

Q10 糖尿病のため治療中である。

Q11 上記項目で、あてはまる箇所がない。

その他、施設への連絡事項があればご記入ください。

※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うえ、申請します。

令和 年 月 日

氏 名