

教室受講申請書

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。

※受講期間中に各種手帳等の交付・返納・有効期限が切れた方は、受講施設へお問合せください。

教室名	【 飛込み練習会 】 ※経験者(1年以内)のみご参加いただけます				
日時 ※どちらか1つ	<input type="checkbox"/> 2月1日(日) 9:00~ (No.190-4)	<input type="checkbox"/> 2月5日(木) 19:00~ (No.191-4)			
出場した大会(年月)	(令和 年 月)				
出場予定大会・種目	出場種目()				
参加クラブ(チーム)					
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	小学・中学・高校 ()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。

住所	□□□□-□□□□ 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				

施設記入欄	□ 申込	受付	出席簿	納入	入力	備考

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 この教室を初めに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□ 館内情報
E5□ LINE E6□ Instagram E7□ ふりっぱー E8□ 学校配布チラシ E9□ 町内会配布チラシ
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□ 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。

Q 7 -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 続柄

プライバシーポリシー



傷害見舞金給付制度

