

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	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	※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				
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				

□申込	受付	出席簿	納入	入力	備考
□移動 □キャンセル	受付	出席簿	返金	入力	備考

アンケート (新規申請の方のみ)

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□ いさぽろ (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 空腹時血糖が250mg/dl以上 (未治療の場合は要受診)、または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