コース型教室申込書

受付印	入力印

会員番号									※太枠の中をご記入ください。

申込年月日	年　月　日（　）		
教室名		曜日	月・火・水・木・金・土
氏名	(フリガナ) ※親子参加型教室は、お子さまの氏名をご記入ください。		
生年月日	大・昭・平　年　月　日(　)歳	性別	男　・　女
保護者名 (未成年のみ)	生年月日：　大・昭・平　年　月　日(　)歳		
住所	(フリガナ) 〒　－		
電話番号			
携帯番号			
緊急連絡先	(続柄)		
認知媒体	1.紹介　2.ホームページ　3.館内掲示物　4.ポスティングチラシ　5.その他(　)		

当教室では、お申込みに際しまして、下記の項目について確認させていただきます。

1．今までかかったことのある病気に〇を付けて下さい。

①心臓病　②肝臓疾患　③血液疾患　④高血圧　⑤てんかん　⑥精神障害　⑦脳障害
⑧糖尿病　⑨消化性潰瘍　⑩甲状腺機能障害　⑪肺気腫　⑫気管支喘息　⑬中耳炎
⑭蓄膿症　⑮結膜炎　⑯アトピー性皮膚炎　⑰その他（　）

2．〇を付けた方はその後、医師から運動の許可をもらっていますか？　⇒　はい　・　いいえ

3．今服用されているお薬に〇を付けて下さい。

①利尿剤　②ニトログリセリン　③抗凝血剤　④降圧剤　⑤不整脈治療薬
⑥抗リュウマチ剤　⑦抗糖尿病薬　⑧抗てんかん剤　⑨抗精神病薬　⑩インシュリン
⑪その他（　）

4．以下の項目に当てはまる方は〇を付けて下さい。

①過去に心臓手術を受けた方。現在心臓病で治療中の方。心臓病の薬を服用されている方。
②他人に伝染または感染の恐れのある疾病のある方。
③その他、医師より運動が禁止されている方。
④薬物（シンナー、覚醒剤）を使用したことのある方。

～ご利用のご案内～

1. 受講料

受付で現金にてお支払いをお願いいたします。

2. 返金・振替

ご入金いただいた受講料につきまして、返金やコースの変更、振替はいたしかねます。予めご了承ください。

申込書にご記入いただきました、個人情報は本施設の業務に限り使用させていただきます。
病院にかかった場合、担当医師の指示に従い運動してください。

(株)セイカスポーツセンター