

申込日 R 年 月 日

利用開始日 令和 年 月 日より (月初・ 半月)

施設記入欄
受講開始月
月

フリガナ			性別
受講者氏名			男 ・ 女
生年月日/年齢	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 () 歳		
ご住所	〒 -		
電話番号	() -	緊急連絡先 連絡相手 ()	() -

Q 1 健康状態についてご回答願います。今までかかった病気、現在治療中の病気に該当するものに○をつけてください。

①先天性心臓疾患	②気管支喘息	③慢性気管支炎	④てんかん
⑤脳疾患	⑥糖尿病	⑦高血圧	⑧蓄膿症 (副鼻腔炎)
⑨アトピー性皮膚炎	⑩伝染病 ()	⑪精神疾患 ()	
⑫その他健康面で心配な事 ()			

チェック

施設において心疾患・脳疾患等による不可抗力的な事故の責任は一切貴施設に迷惑をかけないことを誓約します。

ご署名 _____

台帳	受講書	袋	F 担当	P 担当