

トレーニング室利用申込書

座間味村歴史文化・健康づくりセンター
トレーニング室

令和 年 月 日

フリガナ		性別	年齢
氏名		男・女	歳
生年月日	昭和 平成 年 月 日 西暦		
住所	〒 -		
	TEL () -		
緊急時の連絡先 (本人以外)	連絡先氏名		続柄 ()
	TEL () -		

あなたの健康状態について、あてはまる方を○で囲んでください。

1. 過去に医者から心臓について何か言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
2. 体を動かしたとき、胸が苦しくなったことがありますか？ (はい・いいえ)
3. めまいがすることがありますか？ (はい・いいえ)
4. 運動をすると痛みがでるような関節や骨がありますか？ (はい・いいえ)
5. 血圧や心臓のことで医者から薬を勧められたことがありますか？ (はい・いいえ)
6. 上記以外で、運動を行うことに関する問題がありますか？ (はい・いいえ)

トレーニング室利用誓約書

当室の利用者注意事項を厳守し、当室内における「負傷」・「事故」については、本人の責任において処置することを誓約いたします。

令和 年 月 日

氏名