

保健センター トレーニング機器取り扱い講習会申込書

講習会申込みにあたり、下記に必要事項の記入、捺印の上（高校生は、保護者の承諾印必要）役場保健福祉課保健衛生係に提出して下さい。

申請者の状況（事故防止のため健康状態を把握するものです。

プライバシーは厳守されますので、出来るだけくわしくお書き下さい。）

必要によっては、主治医の意見書を提出していただく場合があります。

氏名	(男女)	生年月日(年齢)	
		T・S・H 年 月 日 (才)	
住所	錦江町	(自治会)	
1、現在病院にかかっていますか。		はい	いいえ
はいと答えた方のみお答え下さい。 病名 ( ) 服薬 (あり なし ) 運動の制限 (あり なし ) 医療機関名 ( )			
2、1年以内に健康診査、ドック等を受けましたか。		いいえ	はい
はいと答えた方は、結果の写しを申請書と一緒に提出して下さい。 (町の基本健診 ・ _____ 病院のドック)			
3、今までに以下の病気にかかって治療を中断したり、健康診査、ドック等で治療や精密検査を勧められたのにまだ受診していないものがありますか。		はい	いいえ
はいと答えた方のみお答え下さい。 高血圧 心臓病 貧血 高脂血症 脳血管疾患 血液の病気 糖尿病 喘息 肺の疾患 神経痛 骨折 骨の病気 目、耳の病気 てんかん けいれん発作 悪性新生物 他 ( ) 中断 未受診 理由 ( )			
4、スポーツ保険に入っていますか		いいえ	はい

トレーニング機器 講習会時間帯希望  
(3つのうちから 選んで下さい。)

1、平日 (13時30分から 15時)  
2、平日夜間(19時から 20時30分)  
3、日曜日 (13時30分から 15時)

誓約書

私は、保健センター機能訓練施設(トレーニング機器)の講習会申込書に記載した健康状態等については虚偽がないことを確約します。

また、機器を利用するにあたり事故等が発生した場合、自分の責任において対処することを誓約いたします。

平成 年 月 日

錦江町長 殿

住所 \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

高校生は、必ず保護者の承諾印をお願いします。

以上の申請書類をもって、講習会申込みをいたします。

.....これから下は記入しないで下さい.....

申請受付	H 年 月 日	(窓口持参 代理持参 郵送)
書類チェック	問題なし	月 日(講習会への連絡)
	記入不足	( )
	平成16年度申込	

課長	主幹	係長	関係職員			