

## トレーニングゾーン利用登録申請書

登録日：西暦 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	生年月日	血液型
氏名			○男 ○女 ○その他 ○回答しない	西暦 年 月 日	
御住所	〒				携帯:
緊急連絡先	氏名:	/	ふりがな:	続柄:	携帯:

※ 上記太枠はすべて記入して下さい。

勤務先又は 学校名	
勤務先又は 学校の住所	〒

※ 大田区以外に在住で、大田区に在勤/在学の方は勤務先/学校名もご記入下さい。

- 過去1年以内に健康診断を受けましたか？  
○ はい ○ いいえ ○異常なし ○異常あり ( )
- 現在治療中の病気・怪我はありますか？  
○ なし ○ 有り ⇒ 病名 ( )
- 過去に入院・手術をした病気・怪我はありますか？  
○ なし ○ 有り (以下より選択下さい。複数選択も可能です。)  
 心臓疾患     脳疾患     高血圧     糖尿病  
 腰痛     関節痛     リウマチ  
 その他 ( )
- トレーニングゾーンがあることをどのようにして知りましたか？  
 友人・知人     会社の同僚     ホームページ     来館して     その他 ( )

※個人情報下記の場合に使用させていただきます。  
 ・本人確認、忘れ物の連絡、依頼事項に対する電話連絡  
 ・事故発生時、本人に意識がない場合の緊急連絡先への連絡  
 ・急患発生時、搬送先医療機関からの問い合わせに対する回答  
 ・当施設利用者の統計資料の作成。

## 【誓約書】

- 施設内における傷害ならびに急性の疾患等事故については、自己責任において対処します。
- 注意事項を守り、スタッフの指示に従ってトレーニングゾーンを利用します。
- 個人登録カードを紛失し再発行の場合には手数料300円(税込)を支払います。
- 本書の内容を了承すると共に同意します。

西暦 年 月 日

ご署名: \_\_\_\_\_

## ヤマトフォーラム記入欄

受付 担当者名		登録エリア	○ A.羽田・糀谷    ○ B.大田区
パソコン 入力者		個人登録番号	

2023年9月3日