

トータルプログラム教室(バランスボール) 参加申込書

ふりがな		年 齢	性 別	TEL / FAX
氏 名			男・女	TEL: - - FAX: - -
住 所	(〒 -)			血圧測定について (該当するところに○印をしてください。)
障害の有無等 (該当するところに○印をしてください。)	◆ 障害の有無 (有 ・ 無) (視覚・聴覚・肢体・内部・精神) ◆ 車椅子使用 (有 ・ 無) ◆ 手話通訳 (必要 ・ 不要) ◆ 当センター利用者カード(有 ・ 無)			◆ 現在「血圧」の治療をしていますか。 ・ している ⇒教室前に受付で血圧測定をしてからアリーナにお越しください。 (場合によっては参加していただけないことがありますのでご了承ください。) ・ していない

★ご記入いただいた個人情報につきましては、「トータルプログラム教室」ならびにセンター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

★主治医から運動前の血圧値について指示が出ている方は、時間に余裕をもってお越しいただき、受付で血圧を測定してください。

★指導員およびボランティアは介助者としてつくことはできません。

受付日

受付者