

令和元年度介護予防事業 参加申込書

※必ずご本人が窓口で提出してください。

参加教室名	： 介護予防サポーター養成講座		
ふりがな 氏名	： _____	性別	： 男・女 _____
生年月日	： 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)		
住所	： 西原町字 _____		
電話番号	： _____ ( 自宅・携帯 )		
緊急連絡先	： TEL _____ 氏名 ( _____ ) 続柄 ( _____ )		

【事前の確認事項】

1. これまでにかかった病気について

病名			
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 心臓病	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症		
<input type="checkbox"/> その他			

2. 自覚症状

症状	有	無
めまい、ふらつき	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
胸の痛み、動悸	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
肩痛	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
腰痛	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
膝痛	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	症状： _____	

同意書

1. 自己の健康状態を十分に把握した上で、自己責任のもと教室に参加することに同意します。
2. 教室担当職員、担当スタッフの指示のもと、教室に参加します。
3. 緊急時、または必要に応じて個人情報、医療機関や行政等と共有することに同意します。

上記に同意し参加申し込みいたします。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_