

「健康スリム倶楽部」受講 申込書

【注意事項】※受講は1人1回のみに限らせていただきます

- ・参加前には体調チェックを行い、体調が悪い時は参加をご遠慮ください。
- ・運動中は体の痛みや不快感など体調に異変があった時は、無理せず、スタッフに申し出てください。
- ・妊娠中の方や医師から運動制限を受けている方は安全管理上、対象外とさせていただきます。

令和 年 月 日

健康推進課長 殿

上記の注意事項を守り、下記の通り参加を申し込みます。

※下記の黒枠の記入をお願いします。

申込者氏名	【名前】	【性別】 男 ・ 女
	【生年月日】昭和・平成 年 月 日	【年齢】 (歳)
連絡先	【住所】 〒 豊見城市字	
	【自宅☎】	【携帯☎】
申込み理由	①自身の健康のため ②運動を学びたい ③栄養を学びたい ④人に勧められた ⑤食事付きだから	
健診の受診について	①今年受診済み ②去年受診した今年はまだ ③2年前に受診 ④3年以上受診していない ⑤通院中のため受診は考えていない	
体調の確認	①妊娠の有無 (有り・無し) ②医師から運動制限の有無 (有り・無し) ③体調について (良好である 不調である)	
受講日		
場 所	豊見城中央病院附属健康管理センター 豊見城市字豊崎3番49	
備 考		

※申込みでお伺いした個人情報については、本講座の申し込み内容の確認や連絡に利用いたします。

※受講決定(決定・不決定)について後日、申込者へ通知いたします。(応募者多数の場合は選考)

- ・申し込み方法:健康推進課の窓口に来所、電話、FAXの方法で申込みができます。
- ・申込用紙の配布先:健康推進課窓口または市ホームページからダウンロード
- ・お問い合わせ:豊見城市役所健康推進課 ☎ (098)850-0162 FAX(098)856-7046

(※健康推進課 記載欄)

受付印	供 覧			受講日 月 日 ()
	課長	班長	担当	
				調整事項 決定 ・ 不決定