記入日　　令和　　　年　 　月 　　日

**令和2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

　 平成　　　　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　　　　　　　　　　　　2.自覚症状

|  |
| --- |
| 病名 |
| □高血圧　　　□脳梗塞　　　□心臓病　□糖尿病　　　□骨粗鬆症 |
| □その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 有　　　無 |
| めまい、ふらつき | □有　　　□無 |
| 胸の痛み、動悸 | □有　　　□無 |
| 肩痛 | □有　　　□無 |
| 腰痛 | □有　　　□無 |
| 膝痛 | □有　　　□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を、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**