

スタジオプログラム 申込書

ふりがな

<お名前> _____ 様

<ご住所> 〒 _____

<TEL> _____ (連絡のとれる番号)

<コース名> _____ <クラス番号> _____

<お申込み日> _____ <コース開始日> _____

申込みは、電話 (03) 3280-1861、FAX (03) 3280-1912、または直接窓口へ
東京療院 新館 東京都港区高輪 4-9-16 3F 受付窓口

～コースのお申込みにあたっては以下の内容をご確認ください～

【利用について】

- 参加に際し、質問票をご記入ください。コース中に変更点があればスタッフに伝えてください。
- コースへの途中参加は、実施日の半分の参加をお願いしております。その後の参加は、窓口でご相談ください。
- 参加上の注意やスタジオルールが守れない時は、コースへの参加をお断り、又はお休みしていただくことがあります。
- 安全面を考慮して、以下の方はコースの参加をご遠慮いただくことがございます。
 - 医師に運動を止められている方 ※ご自分で判断が難しい時は、医師にご相談ください
 - 最近 6 カ月以内に、心筋梗塞・脳卒中を起こした方
 - 収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上の高血圧の方
 - 運動前心拍数が毎分 110 拍以上の方、または 40 拍以下の方
 - いつもと異なる脈の不整がある方
 - 皮膚感染症やインフルエンザ、胃腸炎などの感染症の発症または疑いがある方
 - 運動の実施により、健康状態が急変、あるいは悪化する恐れのある方
- コースの中で、体験や単発で参加される方がいることがあります。ご了承ください。

【料金のお支払い】

- コースの料金はお申込み時にお支払いいただけます。(2 回払い可) ※現金のみの取り扱いです
- 原則、コースにお申込みいただいたらキャンセルはできません。あらかじめ体験参加をするなどして、自分にできそうか確認していただくことをおすすめします。

【振替参加】

- お客様がお休みされた時の振替参加は、その都度ご相談ください。
- 天候、施設の点検、定期休暇など、やむを得ずクラスがお休みになってしまう時は、コース終了後に追加クラスを設けさせていただきます。ご了承ください。
- お休みする時と振替クラスをご希望の時は、必ず事前にご連絡ください。

質問票

より良い運動プログラムの時間にするために、あなたのことを教えてください。

ふりがな

お名前 _____ さま **性別** 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

緊急連絡先 お名前 _____ 関係 _____ 電話番号 _____

1. 現在、治療中、または治療を勧められている病気はありますか [ある ・ ない]
ある場合、具体的に _____
2. 医師から運動について何か指示を受けていますか [はい ・ いいえ]
ある場合、具体的に _____
3. 定期的に健康診断を受けていますか [はい ・ いいえ] *いいえの方は、定期的な健康診断をお勧めします
4. 以前治療していた病気やけがはありますか [ある ・ ない]
ある場合、具体的に _____
5. 普段または運動中に次のような自覚症状はありますか
[動機・息切れ・胸の痛み・脈が飛ぶ・めまい・頭痛・関節痛・ない]
6. 安全のため、インストラクターが知っておくべきことはありますか [ある ・ ない]
(例：高血圧、脊柱管狭窄症、骨粗鬆症、妊娠中 など)
ある場合、具体的に _____
7. 現在、定期的に行っている運動・スポーツはありますか [ある ・ ない]
ある場合、具体的に _____

【参加上の注意事項】

- 体調がすぐれない日は、参加をご遠慮ください。
- 満腹時、空腹時、睡眠不足の時の運動は避けてください。
- 皮膚感染症やインフルエンザ、胃腸炎などを発症または疑いがある時は、お休みください。
- クラス参加時は香水や強い香りのする化粧品・整髪料・汗止めなどの使用をお控えください。
- 安全のため、クラス開始 10 分以上経過してからの参加はご遠慮ください。

ご記入いただきました個人情報は、本プログラムを実施する目的に限り使用させていただきます。また、お客様の個人情報は適切に管理し、承認なく第三者にその情報を開示、提示することはありません。

(一社) MOA インターナショナル 運動スタジオ Natural Balance

同意書

下記の者、運動スタジオ Natural Balance のプログラムに参加します。プログラム利用にあたりスタジオの規則を守り、指導員および職員の指示に従います。健康状態には十分留意し、自身の責任においてプログラムに参加することに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____