

稲城市健康プラザ 利用申請用紙

※は必ずご記入下さい。

登録番号 No.

記入日	西暦	年	月	日
フリガナ				
※氏名				
生年月日	西暦 / 明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
※住所	※市内在勤・在学の方は、証明できるものをご提示ください。 〒			
※電話番号	()			
※緊急連絡先 ご本人様以外	()		(続柄)	
既往歴	病名・いつ頃			
	内服薬			
稲城市立病院受診歴	有 (科)	・	無
※	自己管理確認書			
私は、稲城市健康プラザの利用にあたり、自己管理のもと、自身の行動に責任を持ちます。				
		年	月	日
		署名		

ご記入いただいた個人情報、健康プラザの事業以外には使用いたしません。

キリトリ線

稲城市健康プラザ 利用申請用紙

※は必ずご記入下さい。

登録番号 No.

①	記入日	西暦	年	月	日
	フリガナ				
②	※氏名				
	生年月日	西暦 / 明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
	※住所	※市内在勤・在学の方は、証明できるものをご提示ください。 〒			
③	※電話番号	()			
④	※緊急連絡先 ご本人様以外	()		(続柄)	
⑤	既往歴	病名・いつ頃			
		内服薬			
⑥	稲城市立病院受診歴	有 (科)	・	無
⑦	※	自己管理確認書			
私は、稲城市健康プラザの利用にあたり、自己管理のもと、自身の行動に責任を持ちます。					
		年	月	日	署名

ご記入いただいた個人情報、健康プラザの事業以外には使用いたしません。

【記入説明】

枠の中をご記入ください。

- ① 予約した日付を記入します。
- ② 氏名(フリガナ)、生年月日、年齢、ご住所をご記入ください。
- ③ ご自宅のお電話番号または携帯番号をご記入ください。
- ④ 施設利用中に事故や具合が悪くなった場合にご連絡ができる方の電話番号です。(ご家族やご友人の携帯番号など)
- ⑤ 高血圧や脂質異常症、心臓病、腎臓病など、既往歴と発症時期をご記入ください。また、治療薬など常用している内服薬がある場合は、そちらもご記入ください。
- ⑥ 緊急時は稲城市立病院と連携をしておりますので、受診歴をご記入ください。
- ⑦ 自己管理確認書の文章をご確認のうえ、記入日と同様の日付のご記入と、署名をしてください。

上記は登録に必要な申請用紙です。説明を参考に利用申請用紙に必要事項をご記入ください。当施設は健康増進を目的とした施設です。施設利用中の事故や体調不良に迅速に対応するために、予め申請用紙に記入をお願いしております。