

滋賀県立障害者福祉センター

R2年度 体力測定・トレーニングアドバイス参加申込書

フリガナ
受講者氏名

男 ・ 女 年齢 歳 (R2年10月28日現在)

〒

—

住 所

TEL

FAX

障害名

受付希望時間

(受付可能な時間帯に✓を付けて下さい。複数回答可。人数が多い場合はお待ちいただく事があります。)

13:30～

14:00～

14:30～

★受付期間終了後、個人の受付時間の詳細等については後日、センターから郵送にて連絡させていただきます。

1. 下記の項目の装具(金属等)が入っている方は、該当のところに○をつけてください。

(該当する方は金属が埋め込まれているため体組成計による分析はできませんのでご了承ください。)

ペースメーカー

ステント

人工弁

人工関節

金属類

2. この教室に申し込んでいただいた動機を記入して下さい。

3. 聴覚障害の人にお聞きします。

手話通訳が必要ですか

はい

いいえ

4. その他配慮する点があればお書きください。

★感染症対策として入館前の体温測定・体調チェック、手指消毒、マスクの着用をお願いします。

★高齢者・糖尿病・心疾患等の基礎疾患のある方や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤を用いる方についての参加は主治医と相談のうえ、充分にご検討ください。

★申込みにあたって記載していただいた個人情報、本教室運営上ならびに新型コロナ感染症関係の目的以外で使用することはありません。

受付者

受付日