講座受講申込書 No.

フリガナ 氏　名		性　別	男　・　女
		生年月日　　年　　月　　日　　歳	
住　所	〒　　ー	電　話	(　　)　　ー
		緊急連絡先	(　　)　　ー

令和　　年　　月～利用

※毎月の初回利用迄に受講料をお支払頂きます。

◆　過去に下記の病気にかかったことがございましたら〇で囲んで下さい。

高血圧症　低血圧症　貧血　脳卒中　腎疾患　肝疾患　狭心症

心筋梗塞　糖尿病　肺結核　腹膜炎　気管支喘息　眼疾患　肋膜炎

てんかん　四十肩　野球肩　椎間板ヘルニア　肩腕症候群　ギックリ腰

その他（　　）