

MYフィットネス24 入会申込書

私は、MYフィットネス24の規約、及び細則を承諾の上、下記の通り入会の申込みを致します。
また、健康状態に関しては、健康申告書を正確に記入したことを証し、私の責任においてMYフィットネス24を利用することを同意します。

※裏面健康申告書の内容により、医療機関の診断書等をご提出頂く場合がございますので、ご了承ください。

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●入会者

フリガナ				血液型	生年月日
氏名		印	男・女	RH +・-	昭和
	<small>18歳未満の会員の場合・・・保護者氏名</small>				型
住所					TEL - -
勤務先または職業			緊急連絡先 ※必ずご記入下さい	1. 携帯 (- -) 2. その他 (- -)	

※住所、連絡先等に変更があった場合は、必ず当社まで変更の届出をお願い致します。

●入会目的

当てはまるものに○をつけて下さい。

1. 運動不足解消	<input type="checkbox"/>
2. 健康増進または維持	<input type="checkbox"/>
3. 痩せるため	<input type="checkbox"/>
4. 筋肉増強・筋力維持	<input type="checkbox"/>
5. ストレス解消のため	<input type="checkbox"/>
6. 余暇の利用	<input type="checkbox"/>
7. 病気や怪我の完治後のリハビリとして()	<input type="checkbox"/>
8. スポーツ()の技術や記録を向上させるため	<input type="checkbox"/>
9. その他()	<input type="checkbox"/>

●会員種別

大人会員	4,980円
キッズ会員	3,980円
特別会員	7,980円

●入会金 8,000円(初回カード代含む)

●カード紛失再発行代 2,000円

◎銀行口座振替依頼書も併せてご記入ください。

◎裏面のアンケート及び健康申告書も必ずご記入下さい。

※MYフィットネス24は、お客様からお預かりした個人情報の重要性を深く認識し、「個人情報の保護に関する法律」を遵守するとともに、お客様からご提供頂きました個人情報を、別紙の「個人情報保護方針」沿って取り扱います。

入会に際し、施設の利用案内・健康申告書について説明、その他注意事項等の説明を受けました。

ご署名

印

【当社処理欄】

【身分証明書確認】

会員番号	開始年月	運転免許証	健康保険証	パスポート	住基カード
	年 月より	記号番号			

受付者	会員証	振替依頼書	コンピュータ	備考

MYフィットネス24 入会アンケート

お手数ですが、次の問いにお答えください。

1. MYフィットネス24をどのように知りましたか？

1. チラシ 2. 新聞 3. インターネット 4. パンフレット(チケット)
5. 友人・知人の紹介 6. その他() 紹介者名 _____ 様

2. MYフィットネス24への交通手段は？

1. 自家用車 2. 徒歩 3. 自転車(自動二輪車) 4. 公共機関
5. その他() 所要時間 (片道 約 分)

3. 現在行っているスポーツはありますか？

ない ・ ある()

健康申告書

1. 身長	cm	・体重	kg	
2. 今までにかかった病気等について(○をつけて下さい。)				
1. 心臓病	2. 高血圧	3. 不整脈	4. 低血圧	5. 肝臓病
6. 腎臓病	7. 肺結核	8. 貧血	9. 糖尿病	10. 肋膜炎
11. てんかん	12. 気管支喘息	13. 気管支炎	14. 動脈硬化	15. 肝炎
16. ヘルニア	17. リウマチ	18. その他()		
3. 持病がありますか？				
ない ・ ある()				
4. 手術をした病気はありますか？				
ない ・ ある()				
5. 現在、下記の症状がありましたら○印を付けて下さい。				
1. 四肢の障害	2. 皮膚病	3. 近視(眼鏡・コンタクト)	4. 難聴	
5. 色盲(色弱・色盲)	6. アレルギー	7. 虚弱体質		
6. 現在かかっている病気がありましたら詳しくご説明下さい。				
病名()				
病状()				
治療状況()				
7. 当社が知っておかなければならないような、心身の状況がありましたら必ずご記入下さい。				
()				

本申告書は、医療機関による健康診断書の提出にかわり、保護者又は本人による健康状態の把握につとめるもので、活動中の安全確保の参考にするとともに、ご本人にも運動中の怪我や事故の防止に努めて頂くためのものです。尚、健康状態に疑わしい点のある場合は、必ず医療機関に相談の上で活動に参加されますようお願い申し上げます。