

個人使用承認申請書

令和 年 月 日

公益財団法人 東京都福祉保健財団
理事長 様

運動施設の使用にあたっては、別紙「ウェルネスエイジ運動施設使用について」を守り、健康管理(身体状況)・体調に十分注意しながら使用することに同意しましたので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	性別
氏名			男・女
住所	〒 ー 電話 ()		
健康状況 <small>(該当するもの全てに ☑を入れて下さい。)</small>	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 脳疾患() <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患() <input type="checkbox"/> 骨・脊髄等の疾患() <input type="checkbox"/> 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・知的・精神) <input type="checkbox"/> その他()		
緊急時連絡先	氏名	電話番号	続柄
主治医	医療機関名		主治医名

※この申請書に記載された個人情報については、適正に管理を行い、施設使用業務以外の目的に利用することはありません。

【財団記入欄】

次のとおり決定する。

令和 年 月 日

・申請のとおり 承認する
承認しない
不承認理由は、別紙通知書のとおり

・減額免除の適用 (有・無)

・承認会員番号 _____

部長	室長	担当主査	担当	受付
区分	新規・継続			