

パワーリハビリテーション 参加申込書・同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市が実施するパワーリハビリテーションに申込みます。
また、参加にあたり下記事項に同意します。

申込者(氏名) _____

生年月日 大・昭 年 月 日生

住所 糸魚川市 _____

電話 _____

送迎の有無 有 ・ 無 _____

記

同意事項

- ① 一月のうち4回以上の参加がない(見込まれない)場合には、事業参加を中止します。
- ② 事業の実施にあたり、教室スタッフ、主治医等関係者に申込書にある情報および教室での評価内容について提示することに同意します。
- ③ 自分で会場に行く場合には、道中の事故には一切の責任を問いません。

かかりつけの医療機関

医療機関名 _____ 電話 _____

主治医氏名 _____

治療中の疾病 _____

緊急時の連絡先

① 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

② 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____