

フィットネスクラブエフバイエー中野 マタニティリズム体操(体験・入会)申込書

受付	年	月	日
入会	年	月	日
会員番号			

フリガナ		生年月日		血液型
氏名	印		才	型
住所	〒			
TEL	自宅 携帯	緊急連絡先 ご家族の方の 緊急連絡先	お名前 TEL	(続柄)
メールアドレス	@			

通院している病院の医師に記入をお願いしてください。

妊娠経過証明書		年	月	日
現在妊娠	週目	過去に流産を3回以上繰り返していない		
特記事項				
上記の者は、現在のところ異常のないことを認めます。				
病院名		出産予定日		
		年	月	日
住所		TEL		
医師名	印			

本人が記入してください。

同意書	
(同意事項)	
一、貴クラブ内の施設の備品・機材を破損または損傷した場合はすみやかに復元(処理)いたします。	
一、貴クラブ内においてレッスンの参加の際、少しでも体調の変化に気付いた場合は即時申し出をし、レッスンを中止します。	
一、貴クラブ内に子どもを連れてきた場合、一切の行動に注意し責任を負います。	
一、貴重品等については責任を持って管理いたします。	
以下もお読み下さい。	
私は貴クラブのマタニティリズム体操が、日本マタニティクス協会のデータに裏付けられた安全で効果的なエクササイズであることを理解し、また運動に関係なく一般的に胎内死亡を含む流産が全妊婦例の約15%あることを認識しています。	
尚、私の家族も上記のことを理解した上で体験及び入会に賛成しています。	
フィットネスクラブエフバイエー中野殿 私は、上記事項に同意いたします。	20 年 月 日 署名 印

受付担当	登録料	6回券	1回券	合計	備考欄	退会日