

トレイクかたがみ利用登録申請書

令和 年 月 日

潟上市防災・健康拠点施設指定管理者 様

登録 ID

フリガナ		生年月日	・ ・ (満 歳)	性別	男・女
氏 名		連 絡 先	— —		
		緊急連絡先	— —	(続柄)	
住 所	(〒 -)				

※トレーニングルームは中学生以下の方は利用できません。

個人情報の使用目的

潟上市防災・健康拠点施設（トレイクかたがみ）は、個人情報を次の各号の達成に必要な範囲でのみ使用するものとします。

- （１）トレーニングルーム等利用者としての許可登録
- （２）問い合わせへの対応

潟上市防災・健康拠点施設（トレイクかたがみ）は、個人情報を第三者に提供しません。ただし、次の各号に該当する場合は、利用者の同意を得ることなく、個人情報を提供できるものとします。

- ① 利用者の生命、身体または財産の保護のために必要であり、利用者の同意を得ることが困難である場合
- ② 法令の定めに基づく場合

同意書

本施設の利用に際して、私は潟上市防災・健康拠点施設トレイクかたがみ利用規則並びに注意事項を遵守し、下記の項目に同意した上、申込を行います。

- （１）館内では、体調は自己管理のもと、運動、イベント、プログラム等に取り組みます。
- （２）館内には、医師は常駐しておらず、したがって緊急の場合にも医療行為等は行えず、職員によるＡＥＤによる処置、119番通報しかできないことに異議はありません。
- （３）氏名、生年月日、住所等の虚偽の申告、申し込み本人以外の利用等不正があった場合は、利用許可が取り消されることに異議はありません。
- （４）天災、悪天候、事故等によって施設が利用できない場合もあることを了承します。

利用者署名欄

保護者の同意書（15 歳以上 18 歳以下（高校在学期間相当）の方は保護者による記入が必要）

本施設の利用に際して、私ならびに使用者は、潟上市防災・健康拠点施設トレイクかたがみ利用規則並びに注意事項を遵守し、上記同意書の項目と下記の項目に同意した上申し込みを行います。

- （１）潟上市防災・健康拠点施設トレイクかたがみでは、保護者の管理のもと、運動、イベント、プログラム等に取り組みます。
- （２）館内での利用者（上記署名者）の運動中のケガ、その他の事故に際し、一切の責任を負います。

保護者署名欄

裏面も記入してください

トレイクかたがみを利用にあたって、以下のことについてお答えください。

現在、運動に関して医師から制限を受けていますか？

1. 受けていない	2. 受けている（理由：_____）
-----------	--------------------

トレイクかたがみの利用目的は何ですか？（複数回答可）

1.基礎体力づくり	2.筋力アップ	3.体重増・減	4.生活習慣病予防
5.シェイプアップ	6.持久力アップ	7.リハビリ	8.その他（ ）