

(様式第1号)

平生町高齢者筋力向上トレーニング事業利用申請書

平生町長 様

年 月 日

年 月 日から実施予定の高齢者筋力向上トレーニング事業の参加について申請いたします。

氏 名	フリガナ	生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 (年齢 歳) ※概ね 60 歳以上
			性 別
住 所	平生町大字		電話 - 携帯 - -

○ 確認事項

要支援・要介護認定を受けていますか。 ☐ はい (利用できません。) ☐ いいえ
平生ゆうゆうクラブが実施する OB 会又は、OG 会に参加していますか。 ☐ はい (利用できません。) ☐ いいえ

○ あなたの健康状態について伺います。

1 今までに、かかった病気はありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある 【病名】心臓病 脳卒中 糖尿病 腎臓病 高血圧 不整脈 パーキンソン病
その他 ()

2 1で「ある」と答えた方に伺います。現在、治療中の病気がありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある 【病名】心臓病 脳卒中 糖尿病 腎臓病 高血圧 不整脈 パーキンソン病
その他 ()

3 肝機能障害又は、ウイルス性肝炎がありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある

※「ある」の場合、事業への参加は事前に主治医への相談が必要です

裏面あり 

☐心臟発作 ☐脳卒中 ☐低血糖発作

※ 健康状態によっては、かかりつけの医師の診断書が必要な場合もありますので、あらかじめご了承ください。