

武蔵野市長殿

「 歯つらつ健康教室 」参加申込書

この事業への参加を申し込みます。

ふりがな 氏名	
住所	武蔵野市
電話番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 （年齢 歳）
申込みのきっかけ	市報 ・ はがき ・ 友人 ・ 過去に参加 その他（ ）
緊急連絡先	氏名 参加者との関係
	住所
	電話番号
かかりつけ の医療機関	医療機関名
	電話番号
現在の 健康状態	治療中（または服薬中）の病気等があれば <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 心臓系の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気 <input type="checkbox"/> 脳血管系の病気 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	要支援認定等を受けている場合は該当に <input checked="" type="checkbox"/> 及び○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 要支援 1 2

裏面もあります

健康課記入欄

聞き取り日	備考	保健師サイン
/		

同意書

私は下記の条件について十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

署名 _____

記

- 1 参加申込書に記載の事項及び事業実施中に主催者が得た個人情報について、参加者の安全確保及び市の介護予防関連事業の円滑な運営を図るため、関連機関（武蔵野市健康福祉部高齢者支援課、武蔵野市健康福祉部健康課、事業委託先等）で共有することがあります。
※個人情報は、個人情報保護に関する法律等を順守し、適正に管理します。また、新型コロナウイルスの感染者が発生した場合、保健所等の行政機関による聞き取り調査などに情報提供を行う場合があります。
- 2 事業の実施記録及び検証のために実施中にビデオや写真の撮影を行うことがあります。
※撮影した映像等を市以外の機関等へ提供することはありません。
- 3 緊急時等には、主催者または運営者から参加申込書に記載の緊急連絡先やかかりつけの医療機関に問い合わせをする場合があります。
- 4 参加者の安全確保のために、主催者から参加者に医師の診断書等の提出を求める場合があります。それにより、講座への参加が心身に支障をもたらす危険があると判断されたときには、参加をお断りすることがあります。
- 5 参加者は事業に安全に参加するため、体調を整え、主催者の注意を十分に聞くとともに、次の事項を守るものとします。
 - ・ 事業参加中に体調が悪くなったときには、すぐに主催者に伝え、指示に従います。
 - ・ 睡眠不足や体調不良のときは事業への参加を控えます。
 - ・ 当事業に参加することを事前に主治医に伝え、注意すべき事項等を確認します。
- 6 参加者は他の参加者や指導者等の迷惑となる行動は行わないこととします。
- 7 参加者は参加申込書に事実のみを記入し、内容に変更が生じた場合には直ちに申し出ることとします。
- 8 参加者の体調や心身の状態によっては、関連機関に連絡する場合があります。

裏面もあります