

メディカルフィットネス体験申込書

申込日 年 月 日()

この太枠のみご記入ください

フリガナ								
氏名								
性別	男 女	生年 月 日	明治 昭和	大正 平成	年 (西暦)	月	日 年	年齢
住所	〒			電話番号				
既往症								

血圧	開始時	/	心拍数	
	終了時	/	心拍数	

運動内容	種類		負荷/時間	消費カロリー	備考
	トレッドミル		/	kcal	
	バイク・サイザー		/	kcal	
	N/S		/	kcal	
	W/B E/B		/	kcal	
	JOBA		振動		Hz
	ストレッチポール				

当フィットネスを何でお知りになりましたか？	1、知人に聞いて 2、家族が利用している 3、クリニックに通院している 4、インターネット(ホームページ) 5、その他(
-----------------------	--

ご記入頂いた個人情報は当生協以外への提供はいたしません。
個人情報に関するお問い合わせは、酒田健康生活協同組合組織部 33 - 6339