

(医療・介護・健診) 個人情報の利用同意書

南医療生協では、患者様、利用者様の個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」に記載の必要な範囲内で取扱います。確認の上、下記事項の記載をお願いいたします。

■ 私は、自己の個人情報及び家族の個人情報を、別紙「個人情報の取扱いについて」に記載の目的の範囲内で必要最小限の利用・提供することに、

- 同意する
- 一部同意しない
- 同意しない

■ 一部不同意事項

私の個人情報・家族の個人情報の取り扱いについて、下記の事項については利用の制限をお願いします。

年 月 日

【患者様・利用者様】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

- ※ 印鑑が手元に無く、利用者本人直筆の場合はサインをお願いします。
- ※ 代筆の場合、下記の代理人欄を記入下さい。

【利用者代理人等】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

【利用者家族代表】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

- ※ この同意書のコピーを希望される方はお申し出ください。
- ※ この同意・不同意はいつでも変更することができますので窓口へお申し出ください。

事業所名  **フィットネスクラブ** *wish*

個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ先
南医療生協 総務部総務課 苦情相談窓口まで

電話番号 052-625-0620



Q. どちらからのご紹介ですか？

- 健診ドックセンター 当院外来 wish のチラシ 会員様のご紹介
 南医療生協事業所（事業所名： _____ ）
 ホームページ 体験会に参加して
 その他（具体的にお書き下さい： _____ ）

① お子さまのお名前 ふりがな _____ （ 男 ・ 女 ）

■ 生年月日（平成 _____ 年 / 西暦 _____ 年） 月 _____ 日（満 _____ 歳）

② ご住所 〒 _____

_____ 市

 マンション名等 _____

■ ご連絡のつきやすい電話番号 _____ - _____ - _____

■ E メールアドレス _____ @ _____

③ 保護者氏名

_____（ふりがな） _____（続柄： _____）

④ お申込みコース（ チェック）

- ① 跳び箱・鉄棒（12/23～24 9:30） ② マット・跳び箱・鉄棒（12/23～24 11:00）
 ③ 跳び箱・鉄棒（12/25,26 9:30） ④ マット・跳び箱・鉄棒（12/25,26 11:00）
 ⑤ 跳び箱・鉄棒（12/27,28 9:30）
 プライベート（日程： _____ / _____ , 時間 _____ : _____） ※左の欄は、ご予約確定後、スタッフが記入します
 プライベートレッスンの希望内容（○をつけて下さい） → 鉄棒 跳び箱 縄跳び かけっこ

⑤ 事前アンケート・・・今回の体験教室で希望する内容をお知らせ下さい。（複数回答可）

- 運動が好きになってほしい 運動に対する苦手意識を克服して欲しい 様々な練習方法を知りたい
 様々な運動を経験して欲しい 走り方（フォーム）を修正して欲しい 跳箱が跳べるようになって欲しい
 逆上がりができるようになって欲しい 運動を通して礼儀を学んで欲しい 友だち作りのきっかけになって欲しい
 定期的な運動習慣のきっかけになって欲しい
 その他（右の枠にご自由にご記入下さい）

◀キャンセル料について▶ 下記ご確認頂き、ご了承頂きましたら、サインをお願い致します。

■ 前日までのキャンセルについては、グループレッソンは全額返金、プライベートレッスンは申込金の 50%を返金致します。

■ 当日の返金には一切対応しません。

保護者サイン： _____