

(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



キッズアスレチック 『2018 夏休み短期教室』申込用紙

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ご希望コース（レチック）

- | | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①鉄棒・跳び箱・マット (7/23~25 9:30) | <input type="checkbox"/> ②鉄棒・跳び箱・マット (7/23~25 11:00) | | |
| <input type="checkbox"/> ③かけっこ&鉄棒 (7/26,27 9:30) | <input type="checkbox"/> ④かけっこ&鉄棒 (7/26,27 11:00) | | |
| <input type="checkbox"/> ⑤縄跳び・かけっこ・跳び箱 (8/1~3 9:30) | <input type="checkbox"/> ⑥縄跳び・かけっこ・跳び箱 (8/1~3 11:00) | | |
| <input type="checkbox"/> ⑦鉄棒・跳び箱・マット (8/6~8 9:30) | <input type="checkbox"/> ⑧鉄棒・跳び箱・マット (8/6~8 11:00) | | |
| <input type="checkbox"/> ⑨鉄棒・跳び箱・マット (8/9~11 9:30) | <input type="checkbox"/> ⑩鉄棒・跳び箱・マット (8/9~11 11:00) | | |
| <input type="checkbox"/> ⑪とつくん A (7/25) | <input type="checkbox"/> ⑫とつくん B (7/27) | <input type="checkbox"/> ⑬とつくん C (8/1) | <input type="checkbox"/> ⑭とつくん D (8/3) |

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（ご要望など、下記空白へご自由にお書き下さい）

■ キャンセルの場合、開講日前日までは全額を返金しますが、開講日以降の返金には一切対応しないことを了承しました。

保護者サイン：