



入 会 登 録 申 込 書

会員番号

申込年月日： 年 月 日

フリガナ		男	未婚	血液型	生 年 月 日
氏 名		女	既婚	型	S・H・西暦 年 月 日 (才)
住 所	〒 - ※寮にお住まいの方は部屋番号の記入をお願いします				
	日中連絡可能電話番号： ( ) -				
勤務先 住 所	〒 - 役職 ( 一般 ・ 秘書役以上 ) 該当する役職を○で囲んでください				
	勤務先電話： ( ) - / 勤務先 E-Mail：				
所 属	入会者が従業員 事業所名 部署	入会者がご家族 (従業員との関係；続柄 ) 従業員のご氏名 部署			

YYY CLUB 御中

誓 約

私儀、この度 YYY CLUB 会員として入会の上はクラブ諸規則を厳守致し、クラブの名誉を汚し、また秩序を乱す等の行為は致しません。万一これに反する行為があったときは、いかなる処分を受けても異議ありません。以上誓約致します。

お客様に関する情報の  
取扱同意確認印兼用

氏 名 印

お 支 払 金 額		受 付
年 会 費 (税込)	円	
月 会 費 (ヶ月分) (税込)	円	
合 計	円	
		年 月 日

※ 個人情報の利用目的と提供について  
ご記入頂きました情報は、当該業務遂行に必要な範囲内で利用いたします。また、ご記入頂きました内容の一部は福利厚生利用実績報告のため矢崎総業(株)およびビジネスサポート(株)に提供いたします。

**ご入会登録アンケート**

※該当する□に「✓」をご記入ください

職種	<input type="checkbox"/> 事務業務 (デスクワーク) <input type="checkbox"/> 営業業務 <input type="checkbox"/> 製造業務 <input type="checkbox"/> 運搬業務 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
交通手段 (自宅～YYY CLUB)	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他 ( )		
所用時間	<input type="checkbox"/> 5 分以内 <input type="checkbox"/> 15 分以内 <input type="checkbox"/> 30 分以内 <input type="checkbox"/> 45 分以内 <input type="checkbox"/> 60 分以内 <input type="checkbox"/> 90 分以内 <input type="checkbox"/> 90 分以上 (約    分)		
当施設を 知ったのは	<input type="checkbox"/> 施設を見て <input type="checkbox"/> ポスターやチラシを見て <input type="checkbox"/> 各部署からの案内 <input type="checkbox"/> 家族 (3 親等以内) の紹介 <input type="checkbox"/> 知人から聞いて <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入会の目的 (最優先項目)	<input type="checkbox"/> 健康・体力の維持向上 <input type="checkbox"/> 減量・ダイエット <input type="checkbox"/> ストレスの解消 <input type="checkbox"/> 運動不足の解消 <input type="checkbox"/> 生活習慣病の予防 <input type="checkbox"/> 特定のスポーツの技術向上 (種目： ) <input type="checkbox"/> 特定の疾病の運動療法・リハビリ (疾病名： )		
具体的な目標	《例1》 血圧⇒135mmHg 以下にしたい。 ----- 《例2》 体重⇒半年後に 5 kg 減らしたい		
現在行っている 運動 (複数回答可)			
上記、運動の 実施頻度	週に平均 ( ) 日、または月に平均 ( ) 日 1 回につき約 ( ) 時間		
当施設でやって みたい運動 (複数回答可)	《例》 筋運動・スタジオプログラム等		
運 動 メ ニ ュ ー 希 望 に つ い て の お 伺 い	<input type="checkbox"/> 目標にそった運動メニューをつくって欲しい <input type="checkbox"/> 施設内の運動器具の使い方だけを教えて欲しい <input type="checkbox"/> 自分のペースで運動できればよい <input type="checkbox"/> 腰痛・肩こり、その他 予防のための運動メニューが知りたい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
運動に関しての 質問等がありましたら、ご記入 ください。			



会員番号

**自 己 健 康 診 断 票**

氏 名	性 別	生 年 月 日	年 齢
	男 女	S・H・西暦      年   月   日	才

安全に楽しく、効果的に当クラブで運動していただくための自己健康診断票です。  
次の質問に「はい」「いいえ」の何れかに○をつけて回答下さい。

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. 今まで（過去2年間）に、めまい・ふらつき・気分不快の発作などがありましたか？         | はい    いいえ |
| 2. 運動中や仕事中に胸の痛みや激しい動悸などを起こしたことがありますか？             | はい    いいえ |
| 3. 現在、血圧や心臓の薬を飲んでいますか？（薬名の分かるお薬手帳（コピー）を提出ください）    | はい    いいえ |
| 4. 1) 今までに（過去2年間）に失神や痙攣をおこしたことがありますか？             | はい    いいえ |
| 2) 1) で「はい」と答えた方で、特別な薬を服用していますか？                  | はい    いいえ |
| 5. 閉所恐怖症や高所恐怖症がありますか？                             | はい    いいえ |
| 6. 耳・鼻・喉などの耳鼻科的病気がありますか？                          | はい    いいえ |
| 7. 過去1年間に受けた骨・関節・筋肉や頭部、脊椎の外傷で、現在後遺症に悩んでおられますか？    | はい    いいえ |
| 8. 骨・関節・筋肉の病気があり、運動で悪くなるようなことがありますか？              | はい    いいえ |
| 9. 上記の質問以外に、歩行、ランニング、重量物の運搬などの運動や仕事ができない理由がありますか？ | はい    いいえ |

以上の質問で1つでも「はい」がある方、或いは運動に慣れていない方やご希望の方はご相談に応じますのでスタッフへお申し出下さい。

株式会社ジョットインターナショナル  
YYY CLUB

年      月      日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【 更新履歴 】

内容	更新年月日 (西暦)	金額	担当	確認	内容	更新年月日 (西暦)	金額	担当	確認