

総帆展帆協力者 応募フォーム

記入日 年 月 日

ふりがな		年齢		男・女
氏名				
ふりがな				
住所	〒			
電話番号				
メールアドレス				

健康状態について

身長	CM	体重	KG	生年月日	S・H	年	月	日
握力*	右	左	KG	血压	最高	mmHg		
視力	右 裸眼() 矯正()	左 裸眼() 矯正()	KG		最低	mmHg		
持病等								
既往歴								
現在治療中または服薬中の病気はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」と答えた方 具体的な病名をご記入ください								
長期に渡り服薬中の薬はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」と答えた方 具体的な薬品名及び病名をご記入ください								
その他特記事項								

下記の事項をお読みになり、ご同意されましたら、日付の記入及び署名をしてください。

- 記載内容が事実と相違することが判明した場合は、展帆ボランティア養成訓練の受講および展帆ボランティアへの登録はできません。
- 虚偽の記載により生じた傷害及び損害について、当財団は一切の責任を負いません。
- 展帆ボランティア養成訓練実施日に簡単な健康調査を行うことがあります。

日付 年 月 日 署名

※ご提供いただいた個人情報は、当行事の運営以外の目的で使用することはありません