「(保険外)予防リハビリテーション体操教室 VITAS」

参加登録および参加同意書

社会医療法人大西会 千曲中央病院 御中

私は、「(保険外)予防リハビリテーション体操教室 VITAS」への参加にあたり、別紙の「重要事項説明書」の内容について十分理解し、すべての項目(自己責任の原則、緊急時の対応、体調不良時の不参加要件など)に同意のうえ、参加することを誓約いたします。

また、本事業が医療保険や介護保険の診療(治療・リハビリ)ではなく、自主的な健康増進活動(保険外サービス)である仕組みを理解しています。

記入日　　年　　月　　日

氏名(自署):

【参加者登録情報】＊お分かりになる範囲でできるだけご記入ください

フリガナ:　　生 年 月 日:　　年　　月　　日

氏　　名:　　連絡先(TEL):　　(　　)

【医療・健康に関する情報】

かかりつけ医:

持病・既往歴:

【緊急連絡先】※ご家族や身内の方など、緊急時に必ず連絡が取れる方をご記入ください。

フリガナ:

氏　名:　　(続柄:　　)　緊急連絡先(TEL):　　(　　)

「(保険外)予防リハビリテーション体操教室 VITAS」

参加登録および参加同意書

社会医療法人大西会 千曲中央病院 御中

私は、「(保険外)予防リハビリテーション体操教室 VITAS」への参加にあたり、別紙の「重要事項説明書」の内容について十分理解し、すべての項目(自己責任の原則、緊急時の対応、体調不良時の不参加要件など)に同意のうえ、参加することを誓約いたします。

また、本事業が医療保険や介護保険の診療(治療・リハビリ)ではなく、自主的な健康増進活動(保険外サービス)である仕組みを理解しています。

記入日　　年　　月　　日

氏名(自署):

【参加者登録情報】＊お分かりになる範囲でできるだけご記入ください

フリガナ:　　生 年 月 日:　　年　　月　　日

氏　　名:　　連絡先(TEL):　　(　　)

【医療・健康に関する情報】

かかりつけ医:

持病・既往歴:

【緊急連絡先】※ご家族や身内の方など、緊急時に必ず連絡が取れる方をご記入ください。

フリガナ:

氏　名:　　(続柄:　　)　緊急連絡先(TEL):　　(　　)