

鎌倉市運動習慣推進事業 利用申込書

令和7年 月 日

次のとおり、鎌倉市運動習慣推進事業の利用を申込みます。
なお、この利用申込書の内容について事実と相違ないことを誓約します。

申込者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)		
住所	〒 ー 鎌倉市			
電話番号	ー ー			
利用希望クラブ	*徳洲会メディカルフィットネスジムの場合の希望曜日(○をしてください) 火・木・金			
確認事項 (該当項目に✓を入れてください)	☐ 要介護認定を受けていない			
	☐ 医師等により運動を禁じられておらず、クラブの利用に健康上、支障がない(膝・股関節の手術を受けて運動制限がない、関節に痛み・違和感がない)			
	☐ 現在、利用希望クラブの会員ではない(休会含む)			
	☐ これまでに本事業を利用していない (利用履歴を市で確認させていただきます)			
	☐ 原則 3 か月継続する意思がある方(想定外の出来事の場合は除く)			
	☐ (こもれば山崎温水プールをお申込みの方のみ)ジム単独利用またはプール利用のみの場合は月9回以上利用のすすめの説明を受けました。			

申込みにあたり次の事項に同意します。

【同意事項】

- 事業利用に必要な個人情報が必要とされる関係機関と共有することを了承します。
- 介護認定状況を、確認することについて了承します。
- 利用月の途中で、利用を中止した場合、支払った自己負担金の返還がないことを了承します。
- 申込条件に該当せず、利用の継続があった場合、全額自己負担します。
- 申込条件に該当しなくなった場合、利用を取消すことに了承します。