

## アスリート プレ会員プログラム申込みについて

当トレーニングジムに入会するにあたり、まずプレ会員プログラムを受けていただきます。

プレ会員プログラムを希望される方は、提出書類に必要事項を記入のうえ、弊社まで返送くださいますようお願い致します。運動制限が伴うような合併症をお持ちの方は主治医からの運動許可が明記された紹介状をご用意ください。

申込書を確認させていただき、改めて弊社よりメールまたはお電話にてご連絡差し上げますので、しばらくお待ちくださいませうようお願い致します。

### 【提出書類】

- プレ会員プログラム申込書（計5枚）
- 確認書
- 医師の紹介状（合併症をお持ちの方）

※心肺機能に問題のある方は必ず医師から運動制限について記載された紹介状をお送りください。

ご提出いただいた個人情報には安全かつ厳重に管理され、この目的以外で利用することはありません。

## アスリートプレ会員プログラム 申込書

【Contact Information】

申込日

年

月

日

名前	フリガナ	性別	男 ・ 女	
生年月日	西暦      年      月      日生	年齢	歳	
身長	cm	体重	kg	
住所				
自宅電話				
携帯電話				
メールアドレス				

【緊急時の連絡先】

名前	フリガナ	続柄		
電話番号		携帯電話		

【プレ会員プログラムの概要】

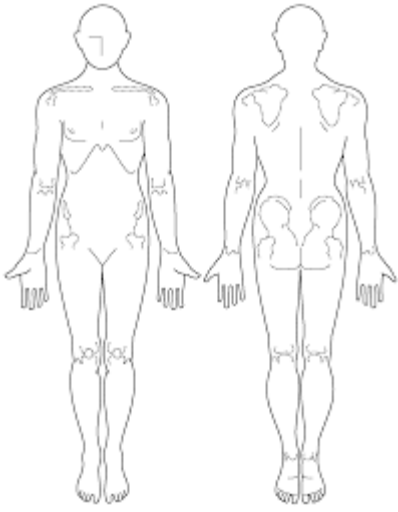
- プレ会員プログラム トレーニングパックコース
- プレ会員プログラム 1日コース

**※希望されるコースをご選択ください。**

プレ会員プログラム		トレーニングパックコース	1日コース
価格		33,000 円（税込）	16,500 円（税込）
内容	1 日目（90 分）	評価・体験トレーニング・面談	評価・体験トレーニング・面談
	2～4 日目（60 分）	通常トレーニング	なし
注意事項		<u>※プレ会員プログラム実施日から 30 日以内に残り 3 日間の通常トレーニングをお受けください。</u>	-

ブレ会員プログラムに必要な情報となりますので、下記問診票をご記入ください。

【身体状況】

受傷日	年 月 日
受傷原因	事故・病気（診断名： ）
	受傷・病気に至った経緯を詳しくご記入ください。
麻痺部の有無	<p>※麻痺のある部位を○でご記入ください。</p> 
既往歴	□心臓の病気 □脳の病気 □糖尿病 □高血圧 □喘息
	その他に手術された病気・怪我等があればご記入ください。
褥瘡	有・無（部位： ）
基本動作	寝返り □可能 □不可能
	起き上がり □可能 □不可能
	座位保持（※車椅子以外） □安定 □介助
	立ち上がり □可能 □不可能
	立位保持 □可能 □不可能

**【競技情報】**

競技種目	
クラス分け	
競技歴	
競技活動頻度	
リハビリ、競技練習以外の活動があればご記入ください。例：トレーニングジムでの筋トレ	

※その他、身体の問題、トレーニングを受けるにあたり心配なことがあればご記入ください。

--

**【オンライン事前面談】**

プログラム実施に先立ち、Web 会議システムアプリ「Zoom」を使用して、オンラインにて身体状況等を確認する事前面談を実施させていただきます。

■ Web 会議システムアプリ「Zoom」を使用したことはありますか？ ある ない

■ オンライン事前面談のご希望の曜日・時間帯をお教えてください。

例	«曜日» 月曜日	«時間帯» 午前中/12-15時/15-19時
第1希望		
第2希望		
第3希望		

**【アンケート】**

■J-Workout をどのように知りましたか？

- 雑誌 新聞 HP SNS パンフレット  
知人の紹介（名前：                    ）  
病院の紹介（病院名：                   ）  
その他（                                ）

■現在、働いていらっしゃいますか？

- はい（職業：                    ） いいえ

■ J-Workout への交通手段

- 車 バス 電車 新幹線 その他（                    ）

■入会後にメディアの取材にご協力いただくことは可能ですか？

- はい いいえ

# 確認書

私は、J-Workout 株式会社（以下、「J-Workout」とする。）が実施するアスリートトレーニング（以下、「本トレーニング」とする。）に参加するにあたり、以下の各事項を確認しました。

本トレーニングの提供にあたり J-Workout は、トレーニングに伴う参加者の危険を極力取り除くためにトレーニング方法を工夫すると共に、研修・訓練等を定期的に行うなど、普段の努力を行っていますが、そのような努力にも関わらず、競技パフォーマンスアップの為に本トレーニングの性質上、場合によってはトレーニングの負荷等により打撲、捻挫、関節炎、筋挫傷、骨折（骨粗鬆症による骨折を含む）、心不全、脳梗塞、脳出血（隠れた先天的な疾患や血管のダメージによるもの）、過反射、呼吸不全、低血圧症による脳虚血や多臓器障害、褥瘡の一時的な悪化やその他の予測の難しい事故、災害等により参加者の生命、身体に一定の危険が及ぶことがあり得ることについて、J-Workout から十分に説明を受け、理解しました。

私は参加者自身が上記のリスクを十分に理解した上で、本確認事項に同意することにより、J-Workout 及びその役職員（アルバイト、ボランティアスタッフを含む。以下も同様とする。）が上記リスクを過度に恐れることなく、参加者に最大の効果が得られるように積極的に本トレーニングを企画立案、実施することができること、本トレーニングを行う優秀な人材を確保できること、バランスの取れたコストで本トレーニングの提供を受けることができることを十分に理解しました。一方で、万が一、参加者に生じるリスクを軽減するよう配慮していること、そして私に生じる損害が上記保険金を上回る事態があり得ること、その損害に備えるためには、追加の損害保険に加入する等の措置を私自身が行う必要があることを理解しました。

私は、上記のリスクにより私に損害が発生した場合であっても、J-Workout 及びその役職員に責任問題が生じることなどにより、他の参加者に対する本トレーニングの実施や継続が困難になるなど障がい者スポーツプレーヤー全般にとって不利益になりかねない事態が生じることを望みません。

以上から、私は本トレーニングに参加した結果、私の生命、身体に生じる可能性のある一切の損害について、それが予測可能な損害であるか否かに関わらず、また J-Workout 及びその役職員の過失の有無に関わらず、J-Workout が加入する損害保険に基づき同社に対して支払われる保険金相当額を除き、上記損害の責任を私が個人的に負うことに同意し、J-Workout 及びその役職員を免責します。

年 月 日

本人 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 \_\_\_\_\_ (印)

#### 【ヘルスケアポリシー】

トレーニングをお受けになる日は体調をしっかり整えてきてください。弊社トレーニングではこれまでに入院先や通院先で行われていたリハビリ、トレーニングとは違った運動を行いますので心身ともに負荷が掛かることもあります。体調が悪い状態のままトレーニングをお受けになりますと、全身状態の悪化や病状の悪化、その他重大な事故や怪我をまねく可能性もございます。体調に不安がある場合は躊躇なくトレーナーにご申告くださいますようお願い申し上げます。

自覚症状が認められない場合でも当方でトレーニング不可と判断させていただくこともございますのでご了承ください。

#### 【スキンケアポリシー】

感覚異常部の皮膚観察を毎日実施するようお願いいたします。（特に服で隠れていてトレーナーがチェックできない部分を重点的にお願いします。）知覚の消失した皮膚にできた傷は、治療が遅れると細菌感染や創部の拡大など大きな問題となる危険性があります。

トレーニングを継続して実施するためには、重要なチェックですので皮膚に異常を発見した場合には医師の診察を受けてください。病状によってはトレーニングが受けられない場合もございますのでご了承ください。

#### 【プレ会員プログラムのキャンセル】

プレ会員プログラムを受けられる方は、トレーナーとのオンライン面談を受けて頂きます。

面談の結果、トレーニングを受けて頂くことが難しいと判断された場合、その後のトレーニングをお断りすることもございますのでご了承ください。