

パーソナルトレーニング 申込書

ふりがな		年 齢	居住地
氏 名		歳	大阪市内・大阪府下・他府県
電話番号		F A X	
障がい	重複する障がいがある場合は全てに○を記入してください。		
	肢体 ・ 聴言 ・ 視覚 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達		

カウンセリング 希望日時 (初回)	※希望の日にち、時間に○をつけてください。 1月21日(木) ・ 1月25日(月) ・ 1月27日(水) 10:00～ 11:00～ 13:00～ 14:00～ 15:00～
トレーニング 目的	ご記入ください。 例) ○kg減量を目的とする。

受付者	日付 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">/</div>
-----	--

【担当者記入欄】

対応指導員	
カウンセリング日時	2021年 月 日 () : ~

パーソナルトレーニング 初回カウンセリングシート						
ふりがな お名前					年齢	歳
障がいについて					種	級
身体状況	身長	cm	体重	kg	BMI	
	血圧	/	心拍数	拍/分	体脂肪	%
目的						
現状	<small>※禁忌事項(医師からの指示) 痛みや怪我などがある場合は必ず記入</small>					
目標設定						
必要な課題 理由						
アクションプラン						
エクササイズ						
その他	利用頻度(個人利用): 宿題(セルフコンディショニング):					