

ふるさと元気村利用者 緊急連絡先

No.

記入日 令和 年 月 日

氏名

トレーニングの時間中に連絡のとれる方

必ず2ヵ所ご記入をお願いします。

ふりがな 氏 名	続柄	電話番号
ふりがな 氏 名	続柄	電話番号

かかりつけ医

病院名	電話
医師名	受診科
主治医はトレーニングを行なうことを許可しましたか？	可・不可
常用薬 降圧剤・高脂血症の薬・糖尿病の薬・その他（ ）	

