



受付日 年 月 日

ふりがな お名前			〒		
電話番号	()	-	携帯	()	-
email または LINE ID			@	LINE ID/	
生年月日	西暦	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

緊急連絡先（18歳未満の方は保護者連絡先）

ふりがな お名前			〒			続柄	
電話番号	()	-	携帯	()	-		
email または LINE ID			@	LINE ID/			
生年月日	西暦	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

個人情報の
取り扱い

お預かりしました上記個人情報は、サービス提供における各種手続き、お問合せに対するご回答のために使用し、ご本人の承諾なしに(株) GATES Alpha以外の第三者に提供することはありません。当社の「個人情報保護方針」並びに「個人情報の取り扱い」の詳細については、ホームページ (<https://www.gates-alpha.jp>)のプライバシーポリシーをご覧ください。
【個人情報保護に関するお問合せ先】 運営会社：(株) GATES Alpha email: info@gates-alpha.com TEL: (0467)-37-6329

当社使用欄 利用規約お渡し 回数券ご購入 () LINE交換 次回スケジュール済 担当者 ()

- ✓ 当社は安全のために細心の注意を払いますが、どのようなエクササイズも身体への負担がかかる恐れがあります。当社でのトレーニングを希望される方はそれらの危険に対するリスクを理解し個人的な事故・障害への一切の責任を問う権利を放棄することに同意していただきます。
- ✓ 私はトレーニングをする事で身体にかかる負担や危険性を理解した上で、自身の健康については自分で責任を負います。
- ✓ 私は別紙に記載する利用規約並びに契約書に合意し、内容を理解し、それに従い、ルールやマナーを尊重し安全に運動を行っていきます。

署名 日付 年 月 日

保護者署名（18歳未満） 日付 年 月 日

*裏面へのご記入もお願いいたします（裏面を基にインタビューいたします）

こちらにご記入いただいた内容を基にインタビューを行います。
覚えている範囲、ご記入いただきたい量で結構ですので、ご記入ください。
なおいただいた情報につきましては
ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

1. 現在・または過去に行なっている（いた）スポーツについてお聞かせください
2. 過去に行ってきたトレーニングについてお聞かせください
3. 現在・過去のお怪我についてお聞かせください（肩こりや腰痛、膝痛などの不定愁訴も含めて）
4. 現在・過去のお身体についてお聞かせください
（健康診断・人間ドッグ等で指摘されたことのある症状・病院にかかったことのあるご病気）
5. どのようにパーソナルセッションを進めていきたいとお考えですか？
（例：ゆっくりと動きを確認しながら行いたい・静かに黙々と行いたい・声を出しながら賑やかに行いたい）
6. 今後、トレーニングをしていく上での目標をお聞かせください
7. 当社使用欄（Memo）