

ご契約枠	×
	×

有効期限

年 月 日

フリガナ お名前/	生年月日/西暦 平成・昭和 年 月 日	身長/ cm 体重/ kg
〒 _____ ご住所/	都・道 府・県 区 市 マンション名等	ご職業/ 職務/ 勤務状況/ 事務・立仕事・外廻
ご自宅の電話番号 ()	FAX ()	
パソコンメールアドレス		
携帯電話 ()	携帯メール	
加圧トレーニングの目的/		
現在の症状	改善したい部位/	
最近の運動歴/	過去のスポーツ歴/	
当店を お知りになったメディア に○を付けて下さい。 (最初にお知りになったものには◎)	ネット【 blog・ホームページ【 検索語句/ 】 配布物【 HOT・地域新聞・チラシ・その他【 】 近隣在住・紹介紹介者 【 】・その他【 】	

■確認事項■

下記の事項は大変重要ですので、よく読んで○でお答え下さい。

◆今までに 心臓に障害 があると言われた事がありますか？	ない ・ ある ⇒加圧の施術は出来ません
◆ 急性疾患、化膿性疾患 はありますか？	ない ・ ある ⇒加圧の施術は出来ません
◆ 悪性腫瘍 がありますか？	ない ・ ある ⇒加圧の施術は出来ません
◆現在、 骨折、脱臼、肉離れ をしている可能性がありますか？	ない ・ ある ⇒加圧の施術は出来ません
◆現在 妊娠中 、あるいは 妊娠している可能性 がありますか？	ない ・ ある ⇒加圧の施術は出来ません
◆病院で 骨粗鬆症 と診断されていますか？	いいえ ・ はい ⇒加圧の施術は出来ません
◆現在、 皮膚疾患 がありますか？	ない ・ ある ⇒加圧の施術は出来ません
◆病院で 高血圧 と診断されていますか？	いいえ ・ はい ⇒加圧の施術は出来ません
◆医師に 安静 を必要とされていますか？	いいえ ・ はい ⇒加圧の施術は出来ません
◆上記以外に 身体に異常 を感じていますか？	いいえ ・ はい ⇒加圧の施術は出来ません
◆ 暴力団関係者の方 、◆ 刺青 の入っている方、◆ 当店指定のライフクレジットカード を作成出来ない方は当施設をご利用出来ません。 上記いずれかに該当しますか？	いいえ ・ はい ⇒ご入会出来ません 該当している事が発覚次第、退会して頂きます。
加圧トレーニング中もしくはその後発生した障害、その他の事故について °.*:.precious.:.*° の責めに帰すべき原因に寄らない場合は一切自己責とし、 °.*:.precious.:.*° に何ら請求せず、その責を負います。	
平成 年 月 日 署名	

■加圧ベルトご購入の方■

購入	<input type="checkbox"/> 筋力アップクンEX (スタンダード)	<input type="checkbox"/> 筋力アップクンEX (アスリート)	<input type="checkbox"/> 加圧マスターミニ
金額	SET 98,700円	SET 130,200円	SET 834,750円
サイズ	<input type="checkbox"/> 腕 実測/L . cm R . cm	<input type="checkbox"/> 脚 実測/L . cm R . cm	

※サイズは、腕・脚の付け根部分を骨に対して垂直に計測してください。