

BURNOUT GYM

医師による健康状態証明および同意書

青森県青森市長島 3-12-13 赤田卓磨

パーソナルトレーナー 殿

私の患者（ _____ ）から、フィットネス評価を行う意向がある旨を伺い、以下の内容であることを確認しました。この評価には、筋持久力、柔軟性テスト、体組成評価、血圧測定、心血管系フィットネス評価が含まれること。エクササイズプログラムは、レジスタンストレーニングおよび心血管系トレーニングを含み、それらに限らない評価に基づいて設計されていること。またセッションはおよそ1時間かかり、最大下である適度なレベルから始めること。

私の患者（ _____ ）が、フィットネス評価および/またはエクササイズプログラムに参加するに際し、以下の制限があることをお知らせいたします。

加えて、いかなる状況においても以下の事項を禁止いたします。

私は上記の制限・禁止事項について患者と話し合いました。上記の事項を条件にフィットネス評価に参加し、あなたの指導下でエクササイズプログラムを続行することを認めます。

(署名) _____ (印) _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 (_____) _____