

にぎたつリフレッシュルーム利用申込書(本予約)

「にぎたつリフレッシュルーム」の利用について、下記のとおり申し込みます。
なお、利用にあたっては「にぎたつリフレッシュルーム実施要領」を遵守し、
にぎたつ会館職員の指示に従います。

1. 申込者情報(組合員資格確認用)

組合員番号	
所属所	
フリガナ	
氏名	
生年月日	
電話番号(連絡先)	
住所	

2. 利用希望内容

利用日	令和	年	月	日	
利用時間		時	分	～	時 分
● 利用を希望する項目に「✓」を記入してください。(複数選択可)					
☐ 客室での休憩					
☐ 客室でのセルフケア					
☐ オンラインカウンセリング(四国中央病院 心理療法士)					
☐ 助産師による個別相談・母親の休養のための乳児の見守り(愛媛助産師会)					
● 貸出機器を希望する場合は、「✓」を記入してください。(複数選択可)					
☐ ヨガマット			☐ ストレッチポール		
☐ 通信用タブレット					
● 助産師による専門ケアを希望する場合は、「✓」を記入してください。(1つのみ)					
☐ カイロプラクティック(骨盤ケア)			☐ リンパケア		
☐ 骨盤軸整体			☐ 療育整体		
☐ イトオテルミー温熱療法			☐ 薬膳カウンセリング		
☐ 産後ヨガ					

3. 同伴者の有無(子育て支援利用の場合のみ)

※組合員の配偶者の利用および乳児の同伴が可能です。

フリガナ		
同伴者氏名(続柄)	()	()
乳児の月齢	カ月	

【申込先】

F A X:089-932-8370

郵 送:〒790-0858 松山市道後姫塚 118-2 にぎたつ会館

メール:nigitatsu@islands.ne.jp

※ 個人情報の取り扱いについて

本申込書に記載された個人情報および利用後のアンケートはにぎたつリフレッシュルームの運営および資料作成の目的にのみ使用し、適切に管理いたします。

なお、個別の利用状況等について職場や関係機関に報告することはありません。