



# 日本スパカレッジ エントリーシート

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	性別: 男・女	生年月日: 西暦 年 月 日 (満 歳)
-------------	---------	----------------------

身体プロフィール	身長: cm 体重: kg 靴サイズ: cm
セラピスト等の仕事経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (スパセラピスト、エステティシャン、アロマセラピスト等) 具体的な経験(手技内容・年数)
スパ、エステ、アロマ等の 利用経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (デイスパ、リゾートスパ、デスティネーションスパ、リラクゼーションサロン、エステなど) 具体的な感想
今までにかかった病気	
現在かかっている病気 影響のある過去の怪我	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に:
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に:
現在服用している薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に:
食事・生活	食事: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 間食( 回) 水分: 1日 ml (多い順に№記入: <input type="checkbox"/> コーヒー・紅茶 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> ジュース) タバコ: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う( 本/日) 飲酒: 週 日 / 1日 杯 入浴: <input type="checkbox"/> 毎日入浴 <input type="checkbox"/> 毎日シャワーのみ <input type="checkbox"/> 毎日入浴かシャワー <input type="checkbox"/> 毎日はいらない
スポーツや武道の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に:
現在の健康管理維持	<input type="checkbox"/> 何もやっていない <input type="checkbox"/> 有 (ヨガ、太極拳、フィットネス、エクササイズ、ダンス、マラソン、等) 具体的に:

下記の症状をお持ちの方は、セラピストとしてお客様の身体に触れることに適していません。

疑わしい場合にはエントリー前に医療機関にて診断を受けてください。

- 感染症 (エイズ、皮膚病、そのほか感染症全般(風邪などの急性の感染を除く))
- 重度の多汗症
- てんかん
- 化粧品アレルギー(極度の敏感肌)
- 情緒不安定
- そのほか気になる症状をお持ちの方はご相談ください。