

『ジュニア短期水泳教室』申込書

月 日 受付

利用証No.	利用証未発行者来館予定日	
	月 日	

ふりがな		年 齢
氏 名		才
住 所	〒 _____	
	TEL _____ FAX _____	
障害名	_____	度
	_____	種 級
車いす使用の有無(どちらかを○で囲んでください) 有 ・ 無		
所属先 (学校名等)		

保護者の方のみご記入をお願い致します。

上記の者が、センター主催の『ジュニア短期水泳教室』に申し込むことを同意します。

保護者氏名 _____ 印 _____

下記の質問にお答え下さい。

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| 1. 医師から運動制限 | なし ・ あり |
| 2. 投薬 | なし ・ あり |
| 3. 水泳の経験 | なし ・ あり |
| 4. 当教室の受講経験(過去3年以内) | なし ・ あり |
| 5. 水泳について | 水が怖い ・ 顔付け可 ・ 浮ける
ビート版で _____ m |

6. 教室への要望 _____

* 利用証未発行者は仮申込として受付ます。後日来館にて申込みと、利用証の発行手続きをしてください。

※上記の個人情報は、当教室に関する目的にのみ使用させていただきます。