

成人水泳教室 10回（ 昼 ・ 夜 ） コース

※選択する時間帯に○を付けてください。

私は、成人水泳教室への参加に際し、血圧・脈拍はもとより健康状態には十分留意します。
また、健康状態に不安な場合は、医師の診断を仰いだ上、入会の可否を判断します。
なお、ケガや事故等が発生した際も主催者が加入する保険の範囲内とし、それ以上の責任は求めません。

令和 年 月 日

公益社団法人 小松市スポーツ協会 会長 殿

自署

ふりがな

氏 名

コ　ー　ス	初級コース　：　中級コース		
住　　　所	市　　　　　　　　　町		
連絡先Tel	(　　　　　) — ※急な教室開催変更をお知らせしますので、連絡のつく番号を書いてください。LINEでもお知らせしますので登録をお願いします。		
緊急連絡先	続柄 ()	— —	
メールアドレス	※電話がつかない場合、教室についてのご連絡をすることがあります		
生年月日	平成 昭和 年 月 日		

教室参加初日に提出してください