小松市スポーツ教室　申込書

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℡** | （　　　　　）　　　　　―  **※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お願いします。** | | |
| **緊急連絡先** | 続柄（　） | ―　　　　　　　― | |
| **メールアドレス** | **※電話がつながらない場合、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**