

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	※電話が繋がらない場合、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