



2022 冬 名<sup>フリガナ</sup>前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年生 生年月日 20\_\_\_\_,\_\_\_\_,\_\_\_\_ (\_\_\_\_ 才)  
住 所 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

短期教室は何でお知りになりましたか？ 新聞折込 ・ 投函チラシ ・ 知人の紹介 ・ ポスター ・ その他  
水泳の指導をお受けになったことは？ 無 ・ 有 クラブ名 \_\_\_\_\_ 短期教室 \_\_\_\_\_ 年ごろの 春 夏 冬  
水泳はどのくらい出来ますか？ ○をお付け下さい。

水を怖がる ・ 顔つげが出来る  
もぐれる ・ 浮くことが出来る  
息つき泳ぎが出来る ・ 面かぶりクロールが出来る  
25mが泳げる (クロール・背泳ぎ・平泳ぎ・バタフライ)  
100mクロール・個人メドレーが泳げる ( 分 秒くらい)

--	--	--	--	--

現在お持ちの泳力検定級 \_\_\_\_\_ 級

**保護者の同意書**

貴クラブの短期水泳教室受講にあたり、医師に診断を受けることなく受講者が健康であることを認め、健康管理に責任を持ちます。

尚、短期水泳教室参加に際し、医師の診断が必要だと思われる方は、医師の診断を受けてください。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

医師の同意書 通院加治療中、又は治療を受けていた方、水泳参加に際し  
医師の同意が必要と思われる方は、医師の同意書をお取り下さい。

\_\_\_\_\_ は、通常の健康状態にありますので、水泳練習に参加出来るものと判断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

**キリトリ**

<申込み方法>

- ① 上記の用紙に必要事項を記入し、受講料と一緒に受付へお持ち下さい
- ② クラブバスの運行はありません
- ③ お電話での申込み予約も可能です
- ④ 定員になり次第、締め切らせていただきます

泳力検定受講者で、合格した方は  
**12月28日(水)まで**に認定証・バッジ代(700円)を  
お支払いください。