

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4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

私は、小松市スポーツ協会の定める新型コロナウイルス感染症対策事項に承諾し、参加いたします。

性別	男 ・ 女
コース	初級コース : 中級コース
住所	小松市 町
連絡先Tel (どちらかで良い)	自宅 ( ) — 携帯 ( ) —
緊急連絡先	続柄 ( ) — —
メールアドレス	※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