

2020年度 第2期 キッズ体育 受講申込書

繰上

申込コース	3歳児・4歳～未就学児・小学生（月・水・木・金）曜日（ : ）～			店長確認	
参加費	6,600円・8,800円・9,900円				
フリガナ					
お子様のお名前			性別	男・女	
生年月日	西暦	年	月	日	レセブ確認
年齢・学年	※教室初回開始時点 年齢()歳・学年()年生				
教室参加の有無	有(年度第 期に参加)・無				
レベル <small>(できる項目にチェックを入れてください)</small>	マット→ <input type="checkbox"/> 前転 <input type="checkbox"/> 後転 <input type="checkbox"/> 側転 <input type="checkbox"/> 倒立 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 壁倒立10秒以上 とび箱→ <input type="checkbox"/> 開脚跳び____段 <input type="checkbox"/> 閉脚跳び____段 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 開脚跳び8段 鉄棒→ <input type="checkbox"/> 前回り降り <input type="checkbox"/> 逆上がり <input type="checkbox"/> 空中逆上がり <input type="checkbox"/> 不明				
同意事項 ※右の全内容を確認し同意いたします。	返金、振り替え、講座変更、他者への講座譲渡は出来ないことを承諾します。 複数教室当選後、正当な理由なく当選教室をキャンセルした場合、手続き完了教室を含む他の既当選教室がキャンセルになる場合があることを承諾します。 この度、心身共に教室参加に支障がないことを確認し上記教室に申込みます。 施設内では規則を遵守し、スタッフの指示に従うことを誓約いたします。 教室開始後であっても、インストラクターの判断によりご受講をお断りする場合があります。				
保護者氏名				印(サイン可)	
電話番号 <small>※日中繋がりがやすい連絡先</small>	電話番号	—	—	続柄:	
<small>*ハガキでお申込の方へ メールアドレスをお持ちの方はご記入下さい。</small>					
現在治療中、又は過去に入院や手術をするような大きなケガや病気にかかったことはありますか？	①下記に○をつけてください。 ②下記にご記入ください。			Dr.STOP 無	
	無・有	*有の方へ			
現在・過去 ケガ、病気名 _____					

オリジナル書式128(2019年1月1日版)A4保管期間1年

お教室名簿記載済
PC処理済(WEB)

日付	受付
/	

2020年度 第2期 キッズ体育 受講申込書

繰上

申込コース	3歳児・4歳～未就学児・小学生（月・水・木・金）曜日（ : ）～			店長確認	
参加費	6,600円・8,800円・9,900円				
フリガナ					
お子様のお名前			性別	男・女	
生年月日	西暦	年	月	日	レセブ確認
年齢・学年	※教室初回開始時点 年齢()歳・学年()年生				
教室参加の有無	有(年度第 期に参加)・無				
レベル <small>(できる項目にチェックを入れてください)</small>	マット→ <input type="checkbox"/> 前転 <input type="checkbox"/> 後転 <input type="checkbox"/> 側転 <input type="checkbox"/> 倒立 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 壁倒立10秒以上 とび箱→ <input type="checkbox"/> 開脚跳び____段 <input type="checkbox"/> 閉脚跳び____段 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 開脚跳び8段 鉄棒→ <input type="checkbox"/> 前回り降り <input type="checkbox"/> 逆上がり <input type="checkbox"/> 空中逆上がり <input type="checkbox"/> 不明				
同意事項 ※右の全内容を確認し同意いたします。	返金、振り替え、講座変更、他者への講座譲渡は出来ないことを承諾します。 複数教室当選後、正当な理由なく当選教室をキャンセルした場合、手続き完了教室を含む他の既当選教室がキャンセルになる場合があることを承諾します。 この度、心身共に教室参加に支障がないことを確認し上記教室に申込みます。 施設内では規則を遵守し、スタッフの指示に従うことを誓約いたします。 教室開始後であっても、インストラクターの判断によりご受講をお断りする場合があります。				
保護者氏名				印(サイン可)	
電話番号 <small>※日中繋がりがやすい連絡先</small>	電話番号	—	—	続柄:	
<small>*ハガキでお申込の方へ メールアドレスをお持ちの方はご記入下さい。</small>					
現在治療中、又は過去に入院や手術をするような大きなケガや病気にかかったことはありますか？	①下記に○をつけてください。 ②下記にご記入ください。			Dr.STOP 無	
	無・有	*有の方へ			
現在・過去 ケガ、病気名 _____					

オリジナル書式128(2019年1月1日版)A4保管期間1年

お教室名簿記載済
PC処理済(WEB)

日付	受付
/	