

2024年 秋の短期教室 キッズスイム 受講申込書



申込コース (○をつけてください)	幼児 ① ② ③ / 小中学生 ① ② ③	
参加費	3,000円(3日間)	
フリガナ		
お子様のお名前	様	性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日	
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	現在受講中 ・ 過去に受講(年度 期に受講) ・ 初参加	
泳力申請 (お子様が出来る項目にチェックをご記入願います。)	<input type="checkbox"/> 水を怖がる <input type="checkbox"/> 水は怖くない <input type="checkbox"/> 顔つけ <input type="checkbox"/> もぐる <input type="checkbox"/> 一人で浮ける <input type="checkbox"/> ポビング(プールの床に足をつけて連続ジャンプ) <input type="checkbox"/> けのび <input type="checkbox"/> 板キック <input type="checkbox"/> 板なしキック <input type="checkbox"/> 息なしクロール <input type="checkbox"/> 背泳ぎ10m <input type="checkbox"/> 呼吸クロール <input type="checkbox"/> 背泳ぎ <input type="checkbox"/> 平泳ぎ <input type="checkbox"/> バタフライ <input type="checkbox"/> 4種目25m	
同意事項 ※右の全内容を確認し同意いたします。 <input type="checkbox"/>	・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「スポーツ教室参加の注意事項」を遵守し、スタッフの指示に従うことを誓約いたします。 ※教室の内容により、お客様の参加が難しい(他の参加者に迷惑がかかるなど)と担当インストラクターが判断した場合、ご参加をお断りすることがあります。	
ご住所	〒 - (住所)	
保護者氏名		
電話番号 ※日中繋がりがやすい連絡先	- - 続柄:	
現在、運動するにあたり医師から制限されていることはありますか?	無・有 *有の方は、具体的に お知らせください。	

《繰上》
WEB
入力:
確認:
お教室名簿
入力:
確認:
店長☑
IR ☑
レセプ☑
Dr.STOP
無

オリジナル書式126(2024年9月1日版)A5保管期間1年

※登録されたメールアドレスに日程変更・中止・延期等及びスポーツ教室に関する情報をお送りする場合がございます。
 メール配信を希望しない方は、地下1階運動施設事務室(0422-45-1113)までご連絡ください。

お申込書のご記入・券売機にて受講料のお支払いをお済ませいただき、スポーツ教室受付または受付待合所へお越しください。

日付	受付
/	

✂ 切り取り線 ✂

2024年 秋の短期教室 キッズスイム 受講申込書



申込コース (○をつけてください)	幼児 ① ② ③ / 小中学生 ① ② ③	
参加費	3,000円(3日間)	
フリガナ		
お子様のお名前	様	性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日	
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	現在受講中 ・ 過去に受講(年度 期に受講) ・ 初参加	
泳力申請 (お子様が出来る項目にチェックをご記入願います。)	<input type="checkbox"/> 水を怖がる <input type="checkbox"/> 水は怖くない <input type="checkbox"/> 顔つけ <input type="checkbox"/> もぐる <input type="checkbox"/> 一人で浮ける <input type="checkbox"/> ポビング(プールの床に足をつけて連続ジャンプ) <input type="checkbox"/> けのび <input type="checkbox"/> 板キック <input type="checkbox"/> 板なしキック <input type="checkbox"/> 息なしクロール <input type="checkbox"/> 背泳ぎ10m <input type="checkbox"/> 呼吸クロール <input type="checkbox"/> 背泳ぎ <input type="checkbox"/> 平泳ぎ <input type="checkbox"/> バタフライ <input type="checkbox"/> 4種目25m	
同意事項 ※右の全内容を確認し同意いたします。 <input type="checkbox"/>	・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「スポーツ教室参加の注意事項」を遵守し、スタッフの指示に従うことを誓約いたします。 ※教室の内容により、お客様の参加が難しい(他の参加者に迷惑がかかるなど)と担当インストラクターが判断した場合、ご参加をお断りすることがあります。	
ご住所	〒 - (住所)	
保護者氏名		
電話番号 ※日中繋がりがやすい連絡先	- - 続柄:	
現在、運動するにあたり医師から制限されていることはありますか?	無・有 *有の方は、具体的に お知らせください。	

《繰上》
WEB
入力:
確認:
お教室名簿
入力:
確認:
店長☑
IR ☑
レセプ☑
Dr.STOP
無

オリジナル書式126(2024年9月1日版)A5保管期間1年

※登録されたメールアドレスに日程変更・中止・延期等及びスポーツ教室に関する情報をお送りする場合がございます。
 メール配信を希望しない方は、地下1階運動施設事務室(0422-45-1113)までご連絡ください。

お申込書のご記入・券売機にて受講料のお支払いをお済ませいただき、スポーツ教室受付または受付待合所へお越しください。

日付	受付
/	