

当センターで取扱う個人情報については、「横浜市スポーツ医科学センターにおける個人情報の取扱いについて」を遵守いたします。HP等の個人情報の取り扱い内容に同意いただけましたら、ご記入ください。

横浜市スポーツ医科学センター 「スポーツ教室」参加申込書

申込年月日 年 月 日

教室初日 (入会) 年 月 日

口座引落開始日 年 月 日

ID 番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

参加種目とコース(級)			センター使用欄			
<input type="checkbox"/> 体操【幼児 (年少以下・年中長)】 【児童 (小1-小2・小3-中3・選手)】 <input type="checkbox"/> 水泳【幼児・児童 (基礎・応用)・選手】 体験証に記載の級 _____ 級 <input type="checkbox"/> フォロー成人 【水泳、アクアエクササイズ】	参加曜日と時間	教室コード				
	曜日 時 分～					
	曜日 時 分～					
曜日 時 分～						
フリガナ			男	生年月日 (西暦)		
氏名	(4月以降の学年 年生)		・	年	月	日生
			女	(年齢 歳)		
住所	〒 -					
電話番号	【携帯】 ()		【自宅】 ()			

***入会・継続に当たっての確認事項 (該当する□にチェックをつけてください)**

(1) スポーツ教室会則を自分で確認し、その他当センターが定める諸規則を含め遵守します。 はい いいえ

(2) 【15歳以下の方】
 会員は医師等により運動を禁じられていません。 はい いいえ

【16歳以上の方】
スポーツ版人間ドック (SPS) を 1年以内に受診 し、運動の禁忌となる症状がないと診断されました。
 (※SPS受診日: 令和 年 月 日) はい いいえ

(3) 教室時に取材や撮影が入る場合があっても問題ありません。 はい いいえ

※ (1) ~ (2) を『いいえ』と回答された場合は、入会することはできません。
 ※ (3) を『いいえ』と回答された場合は取材等の際、映りこまないよう別行動となります。

(4) マチコミメールを必ず登録 します。 はい いいえ

同意書

年 月 日

横浜市スポーツ医科学センター 御中

スポーツ医科学センターが開催するスポーツ教室に入会するにあたり、本教室の会則を十分理解し、会則並びにセンターが定める諸規則を遵守いたします。

注意: 入会申込者が未成年の場合は保護者の署名が必要となります。

入会者氏名 _____ 印 _____ 保護者氏名 _____ 印 _____

※印はサインでも可