

当センターで取り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。別紙の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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2022 年度 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】 所持級 _____ 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	(令和4年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各自で確認し、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（中学3年生）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（高校1年生）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) 教室時にスポーツ振興やスポーツ医科学の研究として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、写りこまないよう別行動となります。

## 同意書

令和 年 月 日

横浜市スポーツ医科学センター 御中

私はこの度、貴センターが開催するスポーツ教室に入会または継続するにあたり、本教室の会則を十分理解いたしました。よって、会則並びにその他貴センターが定める諸規則を遵守することに同意いたします。

なお、会則並びにその他貴センターが定める諸規則を違反した場合、会則に則り会員資格を一時停止または除名される場合があることを同意いたします。

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。

私は、入会申込者の保護者として同意のもとに連署します。

入会者氏名

印

保護者氏名

印