



袋井B&G海洋センター 成人スイミング 【令和7年 前期水泳教室】申込書

●お申込みありがとうございます。恐れ入りますが、下記の欄に必要事項をご記入ください。

曜日	クラス	時間	申込日
		: ~	令和7年 月 日

フリガナ	性別	年齢	生年月日
お名前	男・女	才	S / H 年 月 日
ご住所	電話番号		
	緊急連絡先		
R6年 受講状況	新規・継続	R6年度 後期水泳教室 受講教室名	
		曜日	クラス : ~

●下記の項目に ○印をご記入ください。(複数可)

1)教室を何で知りましたか？

<input type="checkbox"/>	教室からのはがき	<input type="checkbox"/>	袋井広報	<input type="checkbox"/>	ホームページ	<input type="checkbox"/>	友人知人紹介
<input type="checkbox"/>	電話	<input type="checkbox"/>	館内掲示をみて	<input type="checkbox"/>	ダイレクトメール		
<input type="checkbox"/>	その他 ()						

2)入会の目的は何ですか？

<input type="checkbox"/>	水泳の上達	<input type="checkbox"/>	健康増進	<input type="checkbox"/>	余暇の利用
<input type="checkbox"/>	ダイエット	<input type="checkbox"/>	老化防止	<input type="checkbox"/>	病気の予防
<input type="checkbox"/>	体質改善	<input type="checkbox"/>	ストレス解消	<input type="checkbox"/>	仲間作り
<input type="checkbox"/>	30分間の持久泳	<input type="checkbox"/>	4種目の習得		
<input type="checkbox"/>	その他 ()				

3)健康アンケートです。該当する項目に○を付けてください

<input type="checkbox"/>	心臓の病気をしたことがある	<input type="checkbox"/>	不整脈がある	<input type="checkbox"/>	てんかんの疾患がある
<input type="checkbox"/>	喘息の疾患がある	<input type="checkbox"/>	耳の疾患がある	<input type="checkbox"/>	鼻の疾患がある
<input type="checkbox"/>	血圧が高い	<input type="checkbox"/> その他申告すべき持病等 ()			

4)指導に関するご希望がございましたらご記入ください。

以上相違ありません。指導者の指示に従うと共に水泳に不適切な健康状態にないことを誓い
上記の者の受講を承認し、申し込みいたします。

氏名

※お客様にご記入頂いた個人情報機は秘密厳守し、水泳教室の会員管理及び当社からの電話連絡、ダイレクトメール以外は利用いたしません。

当 社 使 用 欄

受付日	受付者名	受講証No.	保険	PC入力	備考
/			印	(確認)	

