

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

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

参加種目とコース(級)			施設使用欄	
<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	保険料 月分 月分 合 計 _____ 口座振替 済 未	
	曜日 時 分～			
	曜日 時 分～			
	曜日 時 分～			
フリガナ		男	生年月日（西暦） 年 月 日生 (年齢 歳)	
氏 名	(学年 年生)	女		
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