

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)

- 体操 【幼児(年少以下・年中長)】
【児童(小1~小2・小3~中3・選手)】
- 水泳 【幼児・児童(基礎・応用)・選手】
体験証に記載の級 _____ 級
- 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	施設使用欄
曜日 時 分~		保険料 月分
曜日 時 分~		月分
曜日 時 分~		合計 _____

口座振替 濟 未

フリガナ		男 ・ 女	生年月日(西暦)		
氏名	(学年 年生)		年 月 日生 (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つ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