

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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2024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】 体験証に記載の級 <u> </u> 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～			
フリガナ	男	生年月日（西暦）		
氏名	・	年 月 日生		
	女	(令和6年4月以降の学年 年生)	(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

2024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