

水泳個別アドバイス申込書【障害のある人】

フリガナ			年齢	性別	障害区分
受講者氏名			歳	男・女	※該当する障害区分に○をしてください。 視覚・聴覚・肢体・内部・知的・精神・情緒
受講決定	氏名			FAX	() -
連絡先	電話	() -	※連絡先はつながりやすい番号をご記入ください。		
希望内容	歩行・泳法(水慣れ・クロール・背泳ぎ・平泳ぎ・バタフライ)・その他()				
希望日時	(第1希望)平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分				
	(第2希望)平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分				
	(第3希望)平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分				

★指導者(性別を含む)については、指定することはできません。

★障害の程度や特性など、指導する上で配慮を要することがあれば、希望内容欄へご記入ください。

★申込みにあたって記載していただいた個人情報は、本教室運営上ならびに、センター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

※職員記入欄		【受付方法】	直接	・	FAX	【受付連絡】	済	・	未
受付日	平成 年 月 日()	受付者			受付番号				
抽選結果	可 ・ 不可	連絡者			連絡日				

キリトリ

水泳個別アドバイス決定通知

様

受講決定いたしました。

平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 名様

受講していただくことができません。またのお申込みをお待ちいたしております。

※受講決定された方は、決定通知をお持ちのうえ受付を済ませ、開始時間までにプールサイドへお越しください。

※現在高血圧の治療をされている方は、受講前に血圧測定をしていただきます。

(場合によっては受講をお断りすることがありますので、ご了承ください。)

※キャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡ください。

TEL 077-564-7327 FAX 077-564-7641

受付日	平成 年 月 日()	受付者		受付番号	
-----	-------------	-----	--	------	--

【複数での受講を希望される場合】他 2名まで(ただし、スタート練習希望時は他3名まで)

フリガナ		年齢	性別	障害の有無
氏名		歳	男・女	有 ・ 無 (障害区分) 視覚・聴覚・肢体・内部・知的・精神・情緒
				※「高血圧」の治療について
				◆現在、高血圧の治療をしていますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ▶受講前に血圧測定をしていただきます。

フリガナ		年齢	性別	障害の有無
氏名		歳	男・女	有 ・ 無 (障害区分) 視覚・聴覚・肢体・内部・知的・精神・情緒
				※「高血圧」の治療について
				◆現在、高血圧の治療をしていますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ▶受講前に血圧測定をしていただきます。

フリガナ		年齢	性別	障害の有無
氏名		歳	男・女	有 ・ 無 (障害区分) 視覚・聴覚・肢体・内部・知的・精神・情緒
				※「高血圧」の治療について
				◆現在、高血圧の治療をしていますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ▶受講前に血圧測定をしていただきます。