

水泳個別アドバイス申込書【障害のない人】

フリガナ			年齢	性別	※「高血圧」の治療について	
氏名			歳	男・女	◆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。	
連絡先	氏名			FAX	() -	
	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) 令和 年 月 日()		時 分	～	時 分	
	(第2希望) 令和 年 月 日()		時 分	～	時 分	
	(第3希望) 令和 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。

★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。

※以下 職員記入欄

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

キリトリ

水泳個別アドバイス決定通知

様

令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 _____名様

受講決定いたしました。

※当日は、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	令和 年 月 日()	受付者		受付番号	
-----	-------------	-----	--	------	--

キリトリ

領 収 書

令和 年 月 日

様

¥

水泳個別アドバイスの受講料として、上記の金額を領収しました。

滋賀県草津市笠山八丁目5番130号
滋賀県立障害者福祉センター

取扱者

【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	※「高血圧」の治療について
氏名		歳	男・女	◆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	※「高血圧」の治療について
氏名		歳	男・女	◆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	※「高血圧」の治療について
氏名		歳	男・女	◆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。