

受付番号

MY DOCUMENT

写真 (スナップ可)

_____年 _____月 _____日現在

氏名	ふりがな	性別	男 女	電話番号	(携帯)
					(自宅)
住所	〒	生年月日	平成・令和・西暦		
			年 月 日		
幼・保育・学校名		学年		年齢	歳

希望する時間に○をつけてください。各1時間のスクールになります。コースに空きができましたらご連絡させていただきます。 ※一度決まったコースは、級が上がる等、こちらから変更をお願いするまでは、同じ時間で来て頂きます。	水曜日 5時	金曜日 5時
	土曜日 10時	土曜日 11時
	いつでも入れます	
	その他()	

健康について

- 血液型 _____ 型
- 現在までに手術または大きい病気をしましたか？いいえ ・ はい()
- 現在、治療中の傷病はありますか？ いいえ ・ はい()
- 日常かかりやすい病気はありますか？ いいえ ・ はい()
- その他留意すべきことがありましたらご記入ください。
()

水泳について

- 他のスイミングクラブに加入経験はありますか？ いいえ ・ はい(スクール名:)
(最終何級?)
- 別紙の進級基準一覧表を見て何級にあてはまると思われますか？ だいたいでかまいません。
() 級)
- 現在ご兄弟で総合クラブとさのスイミングスクールに加入している方はいますか？
いいえ ・ はい(氏名:)
- 留意すべきことなどありましたらご記入ください。
()

受付番号		日付		係員	
------	--	----	--	----	--