

受付番号

MY DOCUMENT

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

木曜日 5時

金曜日 5時

土曜日 10時

土曜日 11時

いつでも可能

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