

# ジュニア水泳教室申込書

電設健保組合員

	フリガナ	生年月日	年齢	性別
受講者氏名		平成 年 月 日	歳	男・女
保険証 記号・番号	記号		番号	
被保険者 氏名				
事業所名称				
	電話	( )		
自宅住所	〒			
	電話	( )		
緊急連絡先 (携帯電話)	-	-		
希望 コース	週1回 ・ 週2回			
	1.	曜日	時 分	2. 曜日 時 分
誓約書				
私の子供がジュニア水泳教室を受講するにあたり、受講当日の体調には万全を期し、万一体調不良による負傷または発病等の事故の場合には、保護者の責任において対応することを誓約します。				
令和 年 月 日				
受講者氏名				
_____				
保護者氏名				
_____ 印				
※ご記入いただきました個人情報は、ジュニア水泳教室の目的のみに使用させていただきます。				

FAXで送付可 (FAX 03-5970-6865)