

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		男・女 歳
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)