

下野市保健福祉センターゆうゆう館

教室参加申込書

ふりがな 氏 名	
生年月日（年齢）	年 月 日 歳
住 所	
電話（携帯）番号	
緊急連絡先	お名前 電話番号
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中（ ）
	現在治療中の病気又は怪我がある場合は、担当医に相談のうえ参加してください。
同 意 欄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教室参加に際し、指導者の指示に従います ・ 健康増進・維持に寄与する教室であることを理解し、また健康状態に留意し、すべて私の責任において参加します。 ・ 教室参加中を含め、他の人の迷惑となる行為は行いません。 ・ 教室参加中の事故及び怪我について、施設の瑕疵によるもの以外については、一切の責任を問いません。

上記事項に同意し、教室に参加します。

年 月 日

署名 _____ (印)

※記入いただきました個人情報については、本教室運営以外の目的に使用致しません。
また、個人情報の厳正な管理に努め、第三者に提供・開示することはありません。