

シンクロ体験教室申込用紙

滋賀県水泳連盟
シンクロ委員会 御中

TEL・FAX : 077-521-0339
メールアドレス: shiga.swim@mild.ocn.ne.jp

ふりがな		性別						
氏名		男・女	生年月日	平成	年	月	日生	歳
住所	〒	-		自宅電話番号		-	-	
				携帯電話番号		-	-	
体験教室参加日								
<input type="checkbox"/> 平成28年4月24日(日)								
<input type="checkbox"/> 平成28年5月14日(土)								
<input type="checkbox"/> 平成28年5月22日(日)								
参加する日に丸を付けてください。								

※練習中に撮影した写真、画像をホームページや広報活動に利用させていただくことがあります。

同意書			
参加者は通常健康状態であること。 そして保護者の責任において体験教室に参加することに同意します。			
保護者氏名			(印)
平成 年 月 日			

保護者様の携帯電話番号	-	-
-------------	---	---

【注意】
事務局員は常駐しておりませんので、電話対応が出来ない場合があります。その時はファックス又はメールで内容をお知らせ下さい。確認でき次第折り返し連絡いたします。原則として火曜日 土曜日 日曜日は不在です。

【個人情報の取扱いについて】
取得した個人情報は、取得目的の範囲内で利用し、これらの目的以外で利用する場合には、ご本人に対し事前に確認または同意を求めます。