

ボクサシェイプ(ビギナー)教室参加申込書

私はこの教室に参加したいので健康同意書の内容を了承のうえ、申し込み致します。

ふりがな
氏 名 _____ 年 齢 _____ 歳

住 所 _____ 住・勤 携帯電話 _____

健康同意書

(あて先) 八潮市長 大山 忍

私はボクサシェイプ(ビギナー)教室の参加にあたり実施要項を確認のうえ、私個人の責任において安全管理、健康管理に十分な注意を払い教室に参加し、万が一、体調などに異常が生じた場合はすみやかに教室への参加をやめることを誓います。

本健康同意書の申告・記載事項が事実かつ正確であることを誓い、本教室における保険を含む教室の内容をよく理解し、教室参加を承諾していることを誓います。

なお、私自身の不注意による事故等については、一切自分の責任として主催者に異義申し立て致しません。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

(本人が未成年の場合) 保護者氏名 _____

※緊急連絡先 (必ず連絡が取れるご家族などの電話番号)

氏 名 _____

電話番号 _____

※参加申込書に記入された個人情報は当教室開催に係る諸手続きにのみ使用され、それ以外の目的では使用しません。