

浦和レッズハートフルクリニック参加申込書

私は、この教室に参加したいので健康同意書の内容を了解のうえ、申し込みます。

住所

携帯電話

保護者

ふりがな
氏名

子

ふりがな
氏名

年齢 歳

健康同意書

（あて先）八潮市長

私は、「浦和レッズハートフルクリニック」の参加にあたり、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はらい教室に参加し、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、主催者に異議申し立ていたしません。

令和 年 月 日

保護者氏名

緊急連絡先（必ず連絡が取れるご家族の携帯番号など）

氏名 電話番号

※参加申込書に記入された個人情報とは当教室開催に係る諸手続にのみ使用され、それ以外の目的では一切使用しません。