

教室用

弓道教室受講申込書

大和郡山市弓道協会

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		西 曆 生年月日 (年齢)	年 月 日 (才)
住 所	〒		
職 業		電 話	
けが・疾患 等の経歴		FAX	
		E-mail	

◆弓道教室の受講を申し込み致します。

_____ 西 曆 _____ 年 月 日 _____

_____ 氏 名 _____ 印 _____

※18才未満の方のみ _____ 保護者氏名 _____ 印 _____

受付日	年 月 日	会 費	
受付担当者		スポーツ 保険	
会 長	理事長	会 計	総務部
			備 考

- ◆ 受講期間は5ヶ月間です。
- ◆ 教室会員は全員スポーツ保険に加入していただきます。
- ◆ 教室会員の服装は運動着とし、弓具は協会備品を使用していただき個人購入は勧めません。
- ◆ 学校で弓道部に所属している方は受講出来ません。
- ◆ 「けが・疾患等の経歴」は差し支えのある場合は記入しなくても構いません。

※E-mailアドレスは月1回発行の「協会だより」の配信と各種行事予定の連絡に使わせていただきます。パソコンお持ちの方は是非記入をお願い致します。

20110321