

教室用

弓道教室受講申請書

大和郡山市弓道協会

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (満 才)
住所	〒		
電話		F A X	・無
職業		携帯番号	
けが・疾患 等の経歴		パソコン mail	
		携帯 mail	

◆弓道教室を申し込み致します。

西 暦 年 月 日

氏 名 ⑩

※18歳未満の方のみ 保護者氏名 ⑩

受付日	年 月 日	会 費	円
受付担当者		教材費	円
		スポーツ 保険	中学生 以下 高校生 以上 65歳以上 円
会長	理事長	会計	総務部
			教室指導部
			備 考

- ◆受講期間は5か月です。
 - ◆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できません。
 - ◆「けが・疾患等の経歴」は差支えのある場合は記入しなくても構いません。
- ※パソコンmailのアドレスは月1回発行の「協会だより」の配信とH.P.の案内、各種行事等の連絡に使わせていただきます。パソコンをお持ちの方は是非記入をお願い致します。
- ◆本申込書に記入いただいた個人情報は、目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません